

**Pérez, Eliana de Lourdes**

## **El quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica monovalente de la ciudad de Córdoba**

---

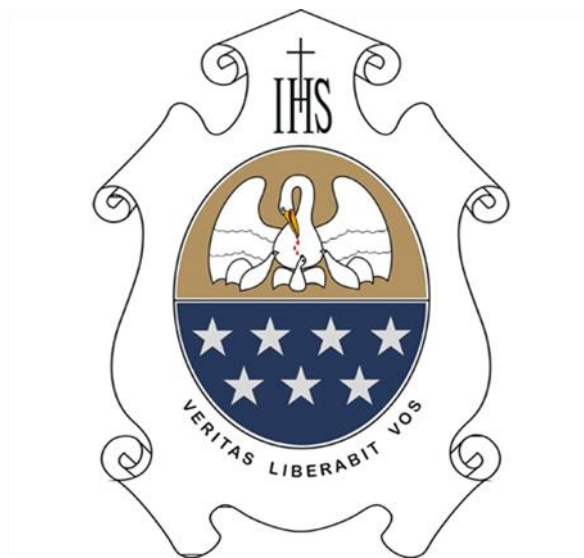
**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

**Directora: Graglia, María Soledad**

**Co-Directora: Ghisiglieri, Francisco**

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.

**UNIVERSIDAD CATÒLICA DE CÒRDOBA**  
**FACULTAD DE FILOSOFÌA Y HUMANIDADES**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÌA**



Trabajo integrador final

***“El quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica monovalente de la ciudad de Córdoba”***

Perez Eliana.

Directora: Soledad Graglia.

Co- director: Francisco Ghisiglieri.

CÒRDOBA

2020



“El quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica monovalente de Córdoba”

Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Filosofía y Humanidades  
Licenciatura en Psicología.



Trabajo integrador final  
“El quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica monovalente  
de Córdoba”

Autora: Perez Eliana  
DNI: 41.520.636  
Clave de alumna: 1009496

Directora: Soledad Graglia.  
Co- director: Francisco Ghisiglieri.

CÓRDOBA  
2020

*Agradezco la construcción y finalización de este ciclo a primeramente la Universidad Católica de Córdoba por otorgarme la beca Padre Camargo que permitió realizar este sueño de formación académica y vocación.*

*A Ana María Ferreyra y Cecilia Padvalskis quienes supieron orientarme en momentos de incertidumbre.*

*A Sole y Fran quienes me guiaron en el proceso de este trabajo.*

*A la institución Clínica Saint Michel por abrir sus puertas contribuyendo a formación de los futuros profesionales de la salud mental, a los profesionales con quien tuve el agrado de compartir esta experiencia.*

*A mi mama Susana, a mi gorda hermana amiga y confidente, a Valen y Alma a quienes amo profundamente..*

*A mi compañero Augus por su incondicional amor y compañía.*

*A Ana y Favio mis papas de la vida, sin ellos habría sido muy escolloso el camino hasta aquí.*

*A Roberta, Fiorella, Fabricio, Benja, Mati, Negro, Lulu, Eze, Emi y Perro mis hermanas/os con los que me sorprendió tan bellamente la vida.*

*En memoria de “El Indio” Roque Alberto Perez mi amado padre,  
de mis angelitos Catalina y Bebe.*

ÌNDICE



1 INTRODUCCIÒN.....	13
2.1 CONTEXTO CLÍNICO E INSTITUCIONAL.....	16
2.1.1 PADECIMIENTO MENTAL Y SUS DIFERENTES CONCEPCIONES.....	17
2.1.2 LA CONSTRUCCIÒN DE LA PSICOLOGÌA COMO CIENCIA Y DEL ROL DEL PSICOLOGO COMO AGENTE AUTÒNOMO DE LA SALUD MENTAL.....	23
2.2 LA INSTITUCIÒN: CLÍNICA PRIVADA MONOVALENTE SAINT MICHEL.....	27
3 EJE DE SISTEMATIZACIÒN.....	34
3.1 EJE DE SISTEMATIZACIÒN DE LA PRÀCTICA.....	35
4 OBJETIVOS.....	36
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÌFICOS.....	37
5 MODALIDAD DE TRABAJO.....	38
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
5.2 CARACTERIZACIÒN DE LOS SUJETOS.....	40
5.3 MATERIAL Y MÈTODO.....	42
5.4 PROCEDIMIENTO Y ANÀLISIS DE DATOS.....	43
5.5 CONSIDERACIONES ÈTICAS.....	43
6 PERSPECTIVA TEÒRICA.....	44
6.1 LAS DIMENSIONES DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	45
6.1.1 DIMENSIÒN HISTÒRICA DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	46
6.1.1.1 LA CONCEPCIÒN MÀGICO-ANIMISTA-RELIGIOSA DEL PADECIMIENTO MENTAL.....	47
6.1.1.2 LA CONCEPCIÒN POSITIVISTA-NATURALISTA DEL PADECIMIENTO MENTAL.....	52
6.1.1.3 LA CONCEPCIÒN DEL PADECIMIENTO MENTAL DEVENIDO DE	

LAS PSICOTERAPIAS Y LA FORMACIÒN DE LA SALUD MENTAL.....	59
6.1.2 DIMENSIÒN INSTITUCIONAL DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	69
6.1.2.1 LA INSTITUCIONALIZACIÒN DEL PADECIMIENTO MENTAL.....	70
6.1.2.2 LA SINGULARIZACIÒN DEL PADECIMIENTO MENTAL.....	73
6.1.2.3 LAS INSTITUCIONES PSIQUIÀTRICAS EN ARGENTINA.....	75
6.1.2.4 LA CLÍNICA MONOVALENTE, UNA INSTITUCIÒN TOTAL.....	80
6.1.2.5 EL DISPOSITIVO DE GUARDIA EN UNA CLÍNICA MONOVALENTE.....	83
6.1.2.6 LA ETAPA PREPACIENTE: SUS IMPLICANCIAS EN EL QUEHACER DEL EQUIPO DE GUARDIA DE UNA CLÍNICA MONOVALENTE.....	89
6.1.3 DIMENSIÒN LEGAL DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	95
6.1.3.1 CONCEPTO PRELIMINAR: PARADIGMA.....	95
6.1.3.2 PARADIGMA TUTELAR.....	96
6.1.3.3 ANTECEDENTES DE LA LEY NACIONAL N° 26.657 DE SALUD MENTAL.....	99.
6.1.3.4 LA LEY NACIONAL N° 26.657 DE SALUD MENTAL: UN PARADIGMA DE DERECHOS HUMANOS Y DEL MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD.....	102
7 ANÀLISIS Y SISTEMATIZACIÒN.....	107
7.1 RECUPERACIÒN DEL PROCESO VIVIDO.....	108
7.2 ANÀLISIS Y SISTEMATIZACIÒN.....	115
7.2.1 LAS DIFERENTES CONCEPCIONES DEL PADECIMIENTO	

MENTAL Y SUS INFLUENCIAS EN EL QUEHACER Y ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	116
7.2.2 LAS IMPLICANCIAS DE LA CLÍNICA PRIVADA MONOVALENTE SAINT MICHEL COMO INSTITUCIÓN TOTAL EN LAS PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS DE GUARDIA.....	126
7.2.3 LAS INCIDENCIAS DE MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD Y DE DERECHOS HUMANOS EN LAS PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS DE GUARDIA EN SITUACIONES DE URGENCIA Y/O CRISIS EN LA CLÍNICA MONOVALENTE SAINT MICHEL.....	148
8 CONCLUSIONES.....	155
9 BIBLIOGRAFÍA.....	160
10 ANEXOS.....	167

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales.

CDO: Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina.

MDRI: Mental Disability Rights International.

MED: Metilfenidato.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

O.P.S: Organización Panamericana de la Salud.

PPS: Prácticas Profesionales Supervisadas.

REFES: Registro Federal de Establecimientos de Salud.

SEDRONAR: Secretaria de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación de Argentina.

TIF: Trabajo Integrador Final

## 1 INTRODUCCIÒN

El presente trabajo integrador final (TIF) es concebido a partir de la realización de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) en el último año de la Carrera de Psicología de la universidad católica de Córdoba, las cuales constituyen la última instancia requerida para la obtención de la Licenciatura en Psicología. De esta manera, la realización de las mismas se situó desde la petición de quien escribe tras un periodo de entrevista, en la Clínica privada monovalente Saint Michel de la ciudad de Córdoba Capital en el periodo de abril-noviembre del año 2016, dentro del marco del contexto clínico de la cátedra de PPS.

A lo largo de la práctica realizada participe de los diferentes dispositivos que la Clínica proporcionaba, en los cuales me vi particularmente interesada por el desarrollo de las prácticas de los profesionales de la salud mental en referencia a conocer cómo eran y en que consistían estos quehaceres. Orientada por esta temática me fui introduciendo cada vez más en el dispositivo de guardia de la Clínica monovalente Saint Michel a fin de experimentar y observar el desarrollo de las prácticas de los profesionales de la salud mental, ya que la particularidad de la situación de urgencia y crisis en el que se presentaban los usuarios de salud mental requieren de intervenciones diferentes a las acaecidas en un proceso terapéutico, por lo cual me resultaron intrigantes y un ámbito nuevo a explorar.

De esta manera situé mi mirada hacia el quehacer de los profesionales de la salud mental, puntualmente a las prácticas ejercidas por los equipos de guardia en situaciones de crisis y/o urgencia en el dispositivo de guardia de la institución.

Así pues, el lector encontrara en este trabajo un análisis de las prácticas de los profesionales de la salud mental en el dispositivo de guardia en situaciones de crisis y/o urgencia. Para el abordaje de dicho análisis el trabajo se divide en apartados comenzando por una introducción al contexto clínico 2.1, ámbito de la psicología desde el cual me posicione para la realización de las PPS, aquí se hará hincapié en la construcción del psicólogo clínico y en las diferentes prácticas ejercidas por los diversos agentes de salud que han acontecido a lo largo de la historia en relación al padecimiento mental, para luego en el apartado 2.2 situar al lector en el contexto institucional en el que se realizó la PPS y del cual nace este trabajo por lo que se hará una descripción detallada de la clínica monovalentes Saint Michel, su historia y dispositivos.

Posteriormente, ya teniendo un panorama general desde donde se parte en la práctica realizada y el análisis de este trabajo, nos encontramos en posición de delimitar en el apartado 3.1 el eje a sistematizar, “El quehacer de los profesionales de salud mental en la guardia de una

clínica monovalente”, que se ampliara en el apartado 4 con los objetivos general y específicos que guían y estructuran este análisis surgidos del eje y en base a las observaciones y experiencia realizada en la Clínica privada monovalente Saint Michel en el dispositivo de guardia.

A continuación, en el apartado 5 se presentará la metodología a partir de la cual se abordó el presente trabajo resultando ser esta la más idónea a fin de comunicar y expresar los conocimientos, reflexiones y pensamientos surgidos a partir de la experiencia en la realización de las PPS en torno al eje y los objetivos planteados.

De esta manera le seguirá el apartado 6 este es el marco conceptual a partir del cual quien escribe en calidad de practicante pensó la práctica realizada, que como se verá se incurre en una división del eje planteado en torno a tres dimensiones correspondientes a los objetivos del presente trabajo:

- \*Dimensión histórica del quehacer de los profesionales de la salud mental.

- \*Dimensión Institucional del quehacer de los profesionales de la salud mental.

- \*Dimensión legal del quehacer de los profesionales de la salud mental.

Por último, se procederá en el apartado 7 presentar la reconstrucción de la experiencia vivida en la PPS y el análisis teórico-practico que expondrá de manera detallada y específica lo que respecta al eje de sistematización, y los objetivos planteados. Finalmente se procederá a presentar las conclusiones acontecidas a lo largo de la práctica en función al eje de sistematización.



## 2 CONTEXTO CLÍNICO E INSTITUCIONAL

## 2.1 CONTEXTO CLÍNICO

A motivo de introducir al lector en el contexto de la psicología desde el cual me posicioné para el abordaje de la PPS realizada se presenta un breve recorrido por la historia de los antecesores de la psicología en el ámbito clínico.

En un principio, el lector podrá adentrarse en una descripción de estos antecesores en la atención y comprensión del padecimiento mental, a fin de situarnos en cómo fueron concebidos, quienes actuaron como agentes de salud psicológica y en los quehaceres desarrollados por ellos, en consecuencia, obtendremos un panorama general del tratamiento del padecimiento mental, de los cambios acontecidos en el rol y en los quehaceres de los diferentes personajes que han encarnado el título de agentes de salud psicológica, para así en el siguiente apartado, incursionar en el rol del psicólogo como profesional de la salud mental en Argentina, analizando cómo se constituyó y cuál es hoy el rol del psicólogo clínico en Argentina.

### 2.1.1 PADECIMIENTO MENTAL Y SUS DIFERENTES CONCEPCIONES

A propósito del contexto clínico comenzaremos hablando de su objeto de estudio y práctica, el padecimiento mental. Desde una lectura histórica el entendimiento del padecimiento mental ha rondado en torno a tres formas de explicación, por un lado, las ligadas a concepciones sobrenaturales mágicas y religiosas, por otro las que se corresponden con una concepción

naturalista científica, hasta arribar contemporáneamente a una concepción centrada en la salud mental con un enfoque de derechos humanos y del modelo social de la discapacidad.

De esta manera, (Salaverry, 2012) expone que se puede observar en la antigüedad y culturas primitivas una concepción sobrenatural del padecimiento mental, en donde el origen de la enfermedad- derivado de un pensamiento primitivo-, es atribuido a la posesión de demonios y/o intrusión de los dioses. Así el autor señala que los agentes encargados del cuidado de los sujetos padecientes, recaen en personajes espirituales de la comunidad como lo son chamanes, brujos etc. los cuales desarrollaban prácticas para el tratamiento del padecimiento mental como las trepanaciones que tenía como objetivo dejar salir a los demonios que causaban el malestar.

Por el contrario, (Salaverry, 2012) señala que en Grecia hacia el siglo V a.C. se inició una interpretación naturalista del padecimiento mental con la expansión de la teoría humoralista de la enfermedad y del padecimiento mental. En este periodo (Entralgo, 1978) refiere que los agentes intervinientes en el padecimiento mental eran los filósofos y médicos, que se guiaban bajo la especulación filosófica y la farmacopea, en donde los modos del hacer, consistían en la conversación guiada por maestros filósofos a través del método catártico y en el uso de remedios como ungüentos, baños e infusiones a bases de hierbas.

Siguiendo este cambio en la interpretación del padecimiento mental, podemos decir que se inicia una concepción naturalista del padecimiento mental. En esta el padecimiento mental adquiere el estatuto de enfermedad ya que no se le atribuye un origen místico o sobrenatural, de esta manera los agentes de salud dejan de ser restrictivamente los personajes espirituales de la comunidad para integrar a filósofos y médicos, quienes en sus quehaceres como agentes de salud psicológica desarrollaron practicas orientadas modificar los humores del sujeto padeciente.

En este periodo también (Entralgo,1978) señala que se lo suele considerar como el inicio de la psicología hallándose ésta en un estadio precientífico de la mano de filósofos como Platón y Aristóteles, especialmente este último con su tratado Del Alma.

Durante la edad media (Salaverry, 2012) menciona un cambio en la concepción del padecimiento mental debido a la extensión del cristianismo, sobre todo con su oficialización mediante el decreto de Constantino en 313 d.C. que desembocó en conflictos entre la mencionada interpretación naturalista de la medicina greco-romana, con la visión cristiana fundada en una interpretación mágico- religiosa del padecimiento.

Como ya mencionamos, en la concepción mágico-religiosa del padecimiento mental, este no es entendido como un padecimiento sanitario, sino que es comprendido como “la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana” (Salaverry, 2012, p.145), es entonces que como indica (Rivera, 1998) las prácticas que se realizaban eran la ejecución de ritos y exorcismos, dirigidas a proporcionar un amparo caritativo al espíritu y cuerpo del sujeto padeciente, en tanto se resolviera bajo los designios divinos el destino de este último. Por consiguiente, sacerdotes, como por ejemplo Agustín de Hipona con su psicología introspeccioncita, desempeñaron un rol predominante como agentes de la salud psicológica.

Esta concepción se sostuvo, hasta qué cambios sociales, históricos, intelectuales y geográficos dieron nacimiento a una nueva manera de hacer y entender la vida. Nos referimos a la modernidad que comienza en Europa y luego en América por extensión de la cultura europea. En referencia a los cambios de orden social (Entralgo, 1978) distingue:

El rápido crecimiento del espíritu burgués, el surgimiento de “una moral del trabajo”, de una economía basada en el manejo de los valores más que en la posesión de cosas, es decir, el precapitalismo, la matemática como instrumento de la economía, y consecuente a estos sucesos el rápido desarrollo de una nueva clase social la burguesía, quien cobrará protagonismo en contraposición a la vieja aristocracia eclesiástica y feudal.

Así también señala un aumento de la magnitud con la que se percibe la conciencia de la individualidad propia, tenemos aquí el renacimiento y el surgimiento del antropocentrismo por lo que la conciencia social cambiara en este sentido, dejando atrás a la sociedad medieval teocentrista.

Como consecuencia de lo expuesto Entralgo (1978) refiere un aumento considerable en el sentimiento de búsqueda de experiencias personales en el conocimiento del mundo y la realización de la vida propia, ya que en la modernidad el individuo buscará experiencias alejadas de la tradición y guiadas por la inventiva con un pensamiento radicalmente opuesto al hombre medieval.

Así vemos a partir de estos cambios como, desde esta perspectiva antropocéntrica e individualista, donde “la moral del trabajo” adquiere un gran valor como ordenador social, se comienza a instalar un lugar social para el padecimiento mental y los sujetos padecientes correspondiente a la marginalidad.

El sujeto padeciente comienza a ser percibido en su padecer alienante bajo las categorías de vago, irresponsable, etc. debido a su “falta” de compromiso para con la conducción de la propia vida. Consecuentemente con esta visión, vemos como, por ejemplo, en los cambios de orden

histórico, estos refieren siguiendo a Entralgo (1978), que en este periodo “mediante su voluntad y su razón propias, el hombre se siente capaz de avanzar indefinidamente en el gobierno técnico del mundo y de su propia vida” (p.245), de esta manera podemos decir que el padecimiento mental no es admisible en la población moderna ya que pone en evidencia la fragilidad humana ante el padecer. Por otra parte, los cambios de orden geográfico como el descubrimiento del nuevo mundo ponen al hombre moderno en contacto con formas de vidas muy diferentes a él, se infunde una conciencia planetaria y se produce una gran extensión de la cultura europea.

En cuanto a los cambios de orden intelectual se comienza a expandir la crítica a la cosmología aristotélica, luego con la llegada de manuscritos griegos a occidente producto de la conquista de Constantinopla, sumado a la invención de la imprenta, el saber religioso y teológico habían llegado a su fin como sistema central de creencias y estudios (Entralgo, 1978).

En definitiva, se crea la ciencia racional de la naturaleza, se inicia la ciencia moderna y con ella sobrevendrá el surgimiento de la psicología científica y una concepción del padecimiento mental entendido desde las disciplinas de la medicina y la psicología como enfermedad (Entralgo, 1978). Aunque, los matices del oscurantismo dejado por el entendimiento medieval del padecimiento mental seguirán presente en los modos del hacer junto con una nueva visión moralista por parte de la sociedad moderna como veremos en el apartado 6.1.1.1.

Continuando, antes de la modernidad como pudimos observar, la psicología era precientífica y se consideraba imposible el estudio científico de la misma, ya que en ese entonces la ciencia en su entendimiento positivista y la comunidad de la misma entendían, siguiendo a Carlos Santamaría (2018), que “las ciencias debían ocuparse exclusivamente de entidades observables, lo que dejaba a la psicología fuera del mapa de las ciencias por razones, tanto de objeto de estudio como de método” (p.55).

Esta exclusión de la psicología se comenzó a resquebrajar cuando psicofísicos como por ejemplo Ernst Weber se ocuparon de estudiar los procesos mentales con una metodología experimental, a él debemos lo que se considera como la primera ley matemática en psicología al establecer la mínima diferencia perceptible entre dos pesos (Santamaría, 2018).

Otro de los aportes significativos en el nacimiento de la psicología como ciencia es el de Gustav Theodor Fechner quien reparó en que las sensaciones que percibimos del mundo no son siempre proporcionales a las propiedades de este, en consecuencia, el nivel de sensación que se percibe no está exclusivamente determinado por el estímulo. Estos dos psicofísicos se ocuparon de desarrollar métodos experimentales de los cuales todavía hoy se vale la psicología experimental, su gran contribución a la psicología en tanto como la conocemos hoy, es que descubrieron que la experiencia subjetiva puede ser examinada experimentalmente y medida

en términos matemáticos (Santamaría, 2018).

Finalmente, Wilhem Wundt creador del estructuralismo, fundó el primer laboratorio de psicología experimental en la universidad de Leipzig, este se ocupó de estudiar la sensación y la percepción, ya que en este periodo siguiendo a Carlos Santamaría (2018), “La nueva psicología científica debía cubrir tres objetivos: 1. Analizar la experiencia consciente en sus elementos más básicos, 2. Descubrir la organización de estos elementos y 3. Establecer las leyes que gobiernan estos procesos organizados” (p.63).

Unos de los aportes más significativo de Wundt es que, a diferencia de Weber y Fechner, propone un estudio no solo y centralmente fisiológico experimental sino, psicológico, ya que su intención fue dedicarse exclusivamente al estudio del funcionamiento de la mente. Así, en su estudio de la experiencia inmediata Wundt,

Consideró que la psicología debía estudiar (...) la temperatura tal como la sienten las personas, y no como la miden los termómetros, el peso como lo soporta el ser humano y no como lo calcula la báscula, o el tiempo como lo percibimos nosotros y no como lo mide un reloj (p.60).

Como dice el autor, Wundt procede en este planteo debido a que en los conceptos que tenemos sobre el mundo media también nuestra experiencia subjetiva, por lo que para estudiar la experiencia inmediata Wundt propone, la aplicación de una técnica de introspección sistematizada por medio de estímulos que desencadenan respuestas inmediatas.

Por otra parte, (Mueller, 2007) señala que, desde la psiquiatría dinámica - que despertaba fuertes oposiciones, enemistades y resistencias por parte de la comunidad médica impregnada de un espíritu rígidamente organicista, de teólogos y laicos- se sostiene que la mente está, “caracterizada por diversas fuerzas que determinan y motivan el comportamiento, las emociones y el pensamiento de las personas” (p.60). Además, algunas de estas fuerzas son inconscientes.

De la afirmación anterior en psicología profunda Sigmund Freud con su teoría de las neurosis, teoría de la libido, principio de placer, complejo de Edipo, represión e inconsciente, entre otras edifica el Psicoanálisis, a esta escuela como señala Mueller (2007) le debemos el entendimiento de que las personas en,” su comportamiento y sus decisiones tienen influencias inconscientes e irracionales, basadas en impulsos instintivos o de tipo emocional” (p.88). Así

como también el entendimiento de que, “...el comportamiento y los procesos psíquicos de las personas pueden ser susceptibles de estudio científico y comprenderse las leyes o principios que los determinan; que aquellos no son hechos caprichosos o aleatorios, sino ordenados” (p. 88). Además, el psicoanálisis contribuyó a identificar procesos y mecanismos por los cuales un individuo se engaña o evade situaciones internas que le desagradan ya que le generan angustia, así como también la importancia de la percepción subjetiva del sujeto de los eventos en su realidad psicológica y en sus reacciones al medio que lo circunda (Mueller, 2007).

Precisamente en este punto se encuentra el acertado aporte del psicoanálisis a la psicología en este periodo sumamente desubjetivante del padecimiento mental debido al fuerte positivismo nombrado, que impregnaba el saber psicológico de un desarrollo experimental y estadístico. En este sentido Freud, siguiendo a Entralgo (1978), es la “figura inicial en la empresa de personalizar el saber y el quehacer del médico” (p.635), estableció la importancia de la introducción del sujeto padeciente en su padecimiento mental, es decir, el “quién” del sujeto padeciente y no solo “lo que” este presenta como sintomatología. Así como también, la influencia del psiquiatra, psicoanalista, terapeuta en el desarrollo del proceso de tratamiento como una variable que influye y cuando no determina dicho proceso.

Por lo tanto, a partir de esto cobra relevancia como nunca antes en el quehacer de los profesionales de la salud mental, la rigurosa necesidad del diálogo con el sujeto padeciente para poder establecer un buen diagnóstico y un buen tratamiento como así también, ordenar comprensivamente en la biografía del sujeto padeciente los sucesos del padecimiento mental (Entralgo, 1978).

Instituida así la psicología como disciplina dentro de las ciencias principalmente a través de la psiquiatría y la neurología los ejecutores de esta serán principalmente los psiquiatras, llamados en este periodo alienistas. Estos, como ya mencionamos respaldados por el naciente positivismo, constituirán un quehacer centrado en el tratamiento moral y la institucionalización de los sujetos con padecimiento mental. Sin embargo, debido a la dudosa efectividad de estas prácticas, en cuanto a prácticas terapéuticas se refieren, nacerá una corriente antipsiquiatría.

Así, siguiendo esta corriente, la psicología como disciplina comenzará a separarse de la psiquiatría buscando constituirse de manera separada e independiente de esta. Consecuentemente a comienzos del siglo XX surgen el movimiento de Open Door en Estados Unidos y el movimiento de Higiene Mental que ahondará en las críticas hacia las prácticas terapéuticas ejercidas desde la psiquiatría (Galende, 2008). Al mismo tiempo, gracias al descubrimiento en 1952 de la Clorpromazina y sus propiedades antipsicóticas, la psiquiatría fue desarrollando la implementación de los psicotrópicos como uno de los pilares de la práctica

terapéutica, reforzando su estatus como principal instancia ordenadora en el tratamiento del padecimiento mental. Sin embargo, en 1953 debido a la similitud del estado de encierro y los modos de funcionamiento de los neuropsiquiátricos con los campos de concentración del nazismo, se propone desde un organismo de Naciones Unidas, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, la implementación de una Política de Salud Mental apuntando a la reforma y supervisión de estas instituciones y a los psiquiatras en sus quehaceres (Galende, 2008).

Así, debido a las regulaciones impuestas a la psiquiatría, el psicólogo emergerá como agente de salud ocupando un rol de ayudante y asistente del psiquiatra, ya que, se lo consideraba sin la capacidad para desempeñar el rol de agente de la salud autónomo.

#### 2.1.2 LA CONSTRUCCION DE LA PSICOLOGIA COMO CIENCIA Y DEL ROL DEL PSICOLOGO COMO AGENTE AUTONOMO DE LA SALUD MENTAL

La jerarquía de poder y dominio, nombrada anteriormente, en referencia a los psiquiatras y la psiquiatría como principales gestores de la atención y estudio del padecimiento mental se sostuvo por mucho tiempo en todo el mundo, de modo que los psicólogos incurrieron en una ardua lucha en el campo de la salud mental a fin de obtener autonomía y reconocimiento como profesionales autónomos de la salud mental.

De esta manera, en América la psicología se desarrollaba bajo la herencia europea del paradigma positivista que se encontraba presente: como nos ilustra Klappenbach y Parvesi (1994) “La concepción positivista alentaba el desarrollo de las ciencias experimentales, pero, al mismo tiempo, desbordaba ampliamente el marco científico o filosófico, para convertirse en un verdadero movimiento de naturaleza cultural y política ” (p.460), en este sentido los autores refieren que el positivismo en Chile, Argentina y Brasil se transformó en una filosofía de Estado, ya que las ideas positivistas fueron tomadas para la organización de la conformación de los estados nacionales de los países nombrados, como por ejemplo en la educación de las masas en la que, “El biologicismo medicaliza la sociedad, definiéndola en términos de cuerpo social, y en ese sentido, la medicalización alcanza el proceso educativo, generando dispositivos



institucionales y técnicas de intervención altamente especializadas.” (p.459), en consecuencia, la orientación de la psicología aplicada fue la psicología experimental, los test psicométricos etc. De esta manera como refieren los autores, el primer laboratorio de psicología experimental en Latinoamérica, lo organizó un pedagogo Argentino Víctor Mercante como podemos observar en la siguiente tabla que nos ofrece Klappenbach y Parvesi (1994, p.464).

Tabla 1 *Primeros Laboratorios de Psicología Experimental.*

AÑO	LUGAR	FUNDADOR
1891	San Juan, Argentina (Psicofisiología)	Víctor Mercante
1899	Buenos Aires, Argentina (Colegio Nacional)	Horacio Piñero
1899	(Psicología)	Mauricio de
1901	Rio de Janeiro, Brasil	Madeiros
1908	Buenos Aires, Argentina (Facultad de Filosofía)	Horacio Piñero
1916	Santiago de Chile (Universidad Central)	Guillermo Mann
1923	México	Enrique Aragón
	Brasil	Waclaw Radecki

Tabla 1: primeros laboratorios de Psicología Experimental (fuente: Klappenbach y Parvesi,1994)

Igualmente, el psicoanálisis, aunque no aceptado por toda la comunidad académica, será también uno de los pilares de la psicología sobre todo en Latinoamérica y especialmente en Argentina, por lo que podemos concluir como nos explica Klappenbach y Parvesi (1994) que, “la psicología que ingresa en América Latina lleva, por una parte, el sesgo clínico característico de la psicología francesa. y al mismo tiempo, el prestigio del método experimental” (p.466).

En este contexto, la psicología en Argentina era aplicada como saber científico a otras disciplinas como la clínica médica, la educación, la criminología y el trabajo, siendo el médico psiquiatra o neurólogo, bajo el amparo de una concepción positivista y organicista del padecimiento mental, el único habilitado para su tratamiento.

Con esta perspectiva de la psicología en 1908 se crea la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, sus cofundadores Horacio Piñero y José Ingenieros fueron los primeros en establecer los alcances de la psicología como ciencia natural y objetiva en Argentina, podríamos llamarlos los pioneros en nuestro país de la psicología como disciplina independiente (Klappenbach & Parvesi, 1994). Aunque en cuanto al rol que debía ocupar el psicólogo se limitaba a técnico o asistente bajo la supervisión del psiquiatra.

En cuanto a la profesionalización de la psicología se dio a partir de los años posteriores a la finalización de la segunda Guerra Mundial, ya que en América Latina siguiendo a Klappenbach y Parvesi (1994) “se fue incrementando el reconocimiento de que la formación en psicología requería un programa de varios años de duración, y no algunas pocas materias de psicología, diseminadas en la currícula de otras profesiones” (P.468). De esta manera, se crearon las primeras carreras de psicología en Latinoamérica, en Argentina aconteció en 1956 en la provincia de Rosario luego le sucedieron las Universidades de Buenos Aires, San Luis, Tucumán, La Plata, Córdoba. Así, en la década del 60 comienza la primera generación de psicólogos de la Argentina (Dagfal, 2009).

La creación de la carrera suponía un conflicto legal en los primeros recibidos ya que la carrera no tenía aún delimitado su campo profesional específico y sus áreas. En ese periodo la única disposición legal que regulaba el ejercicio de las psicoterapias databa de 1954, en donde el psicólogo y carreras menores solo podrán ejercer la clínica en referencia y asistencia al psiquiatra quien estaba a cargo del tratamiento (Dagfal, 2009). Sin embargo, (Klappenbach & Parvesi, 1994) señalan, al referirse a una investigación realizada a los estudiantes de Buenos Aires en 1970, que “se demostraba que solamente el 15% se interesaba por la psicología educacional, mientras que el 66% se volcaba a la clínica, sin siquiera consignarse en el estudio el rubro “investigación” (Klappenbach & Parvesi et. Al., 1994, p.470).

Así también los autores refieren que este particular interés por la clínica se debe en gran parte a la identificación en nuestro país de psicoanálisis y psicología., ya que la mayoría del psiquiatra en argentina eran psicoanalistas. De igual manera Ardila (1979) señala que, “Los profesores eran en esos años psiquiatras y educadores. La influencia de la psiquiatría y concretamente del psicoanálisis marcó la orientación y desarrollo de la carrera de psicólogo en la Argentina” (p.81).

A pesar de la profesionalización de la psicología, el psicólogo debió enfrentarse en una lucha gremial y legal para ser reconocido como trabajador de la salud autónomo. Las resistencias al desempeño de la psicología aplicada específicamente en el área clínica las presentaba la psiquiatría, los psiquiatras que se encontraban en creciente crisis atribuida a las practicas asilares que no podían comprobar su eficacia terapéutica.

Como señala (Dagfal, 2009) se suscitó una triple amenaza a la especificidad de esta disciplina y por tanto a los profesionales de la misma. La primera “amenaza” la constituían sus propios colegas médicos, quienes, sin ninguna especialización en la materia, empezaban a

“Intervenir en la esfera de competencia psiquiátrica, utilizando (...) los nuevos medicamentos psicotrópicos” (p.487). Como segunda amenaza el autor refiere que la integran los psicoanalistas médicos y señala a los recientes psicólogos como la tercera amenaza ya que, “el hecho de que sus planes de estudios incluyeran una “rama clínica”, que hacía alusión al “diagnóstico” y a las “psicoterapias”, ya resultaba muy inquietante” (p.487).

Este conflicto entre psiquiatras y psicólogos en el área clínica como señala Dagfal (2015), se vio intervenido con el gobierno de facto que intervino en las universidades nacionales, los sindicatos y los partidos políticos, en este sentido indica que hubo,

Un progresivo repliegue de los “practicantes psi” hacia el ámbito privado. En un contexto signado por la persecución política y una represión sin precedentes, numerosos profesionales, docentes e investigadores se exiliaron o fueron cesanteados, con la consecuente desintegración de sus instituciones y equipos de trabajo (p.31).

En consecuencia, la “*Ley Nacional N° 17.132 Reglas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades en colaboración*” (1967), estableció el rol del psicólogo como auxiliar del médico, sin ninguna autonomía en el ejercicio de su profesión. En esta, se prohíbe el ejercicio por parte de los psicólogos de la psicoterapia, el psicoanálisis, y la prescripción de drogas psicotrópicas (Dagfal, 2009).

Así, el consejo de rectores de Universidades Nacionales dictamina la *Resolución 2350/80* (1980), en donde se habilita al psicólogo en la práctica a las áreas educacional, laboral y jurídica. Sin embargo, en la década del 80’ con el advenimiento de la democracia, en donde socialmente había una atmósfera de rebelión contra la opresión y lo conservador, es que se produce la autonomía y el reconocimiento legal del psicólogo (Dagfal, 2009). Se sancionaron la “*Resolución Nacional 2447 sobre la incumbencia de los títulos de psicólogos y de licenciados en psicología*” (1985), esta habilita a los psicólogos en el ejercicio del área clínica, derogando lo establecido en las leyes anteriores (Dagfal, 2009).

Hoy en día la legislación vigente que ampara el justo ejercicio de la profesión está compuesta por la “*Ley 7106: Disposiciones para el ejercicio de la psicología*”, sancionada el 13/09/1984 y publicada el 27/09/1984.

En el artículo 3°. - Se considerará ejercicio de la profesión de psicólogos:

- a) En el área de la psicología clínica: La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos (Ley 7106: Disposiciones para el ejercicio de la psicología, 1984, art. 3).

Como podemos ver en este breve recorrido la construcción de la identidad del psicólogo clínico ha transcurrido por caminos tortuosos, con luchas de poderes, que se disputaban en lo jurídico, académico y gremial. En donde llegar a ser un agente autónomo de la salud mental, tomo su tiempo, ya que, se planteó una psicología diferente a la que venían practicando los psiquiatras centrada en una racionalidad moderna, desde un entendimiento del padecimiento mental organicista y la solución asilar.

## 2.2 LA INSTITUCION: CLÍNICA PRIVADA MONOVALENTE SAINT MICHEL

Dentro del marco de las instancias necesarias para la finalización de la carrera de licenciatura en psicología en la Universidad Católica de Córdoba, se encuentra la realización de las prácticas profesionales supervisadas (PPS).

La institución en la cual se llevó a cabo la PPS es la clínica Saint Michel, una institución privada, monovalente de salud mental, ubicada en la ciudad de Córdoba.

Esta nace como una empresa familiar el 2 de mayo de 1983 por la iniciativa del Dr. Jorge Michref, médico Sanitarista, y su esposa Ismery Suarez, psicóloga. En el año 1987 se instaló en Av. Sagrada Familia 551 entre las calles La tablada y Humberto primo en donde continúa funcionando actualmente.

El objetivo de dicha institución es brindar una asistencia al sujeto centrada en una concepción integral y no solo psiquiátrica, lo que implica atender a las necesidades particulares de cada paciente mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio, intentando definir un diagnóstico preciso del estado de la persona para un tratamiento adecuado y eficaz (Saint Michref, J. 1983).

La clínica cuenta con un equipo de especialistas dentro de los cuales se encuentran enfermeros, médico clínico, psicólogos y psiquiatras. También cuenta con personal administrativo, personal de mantenimiento y limpieza.

Además, esta se encuentra compuesta por 4 dispositivos: **la guardia, el internado, el Hospital de día y los consultorios externos**. El internado se encuentra dividido en 5 sectores, en ellos los modos de intervención y abordaje varían debido a las características de los mismos como se puntuará más adelante.

El ingreso principal está sobre la calle sagrada familia, esta es la parte edilicia más antigua con paredes de ladrillo visto, pisos de cerámica rojizos, ventanas batientes de aluminio enrejadas en los consultorios y largos pasillos con poca luminosidad natural, aquí se encuentran los consultorios externos para niños adolescentes y adultos, baños para niños y adultos, las oficinas administrativas, la sala de profesionales y la recepción. En la recepción se gestionan los turnos para los consultorios y todo lo referente al ingreso y egreso de pertenencias de los sujetos padecientes que se encuentran internados. Aquí hay dos accesos al internado uno que conduce al sector rojo, y el otro al comedor del sector verde.

El ingreso al internado, como a la guardia y a los consultorios externos para adultos se encuentra sobre la calle Humberto primo. Esta es la parte edilicia más nueva y la diferencia arquitectónica es notable.

Como se mencionó anteriormente la clínica cuenta con 4 dispositivos como nos señala la siguiente figura n°1.



Figura 1. Cuadro sinóptico de los dispositivos de la clínica privada Saint Michel.

### ● La guardia

Es un espacio en el cual se encuentran dos baños uno para los pacientes y otro para los profesionales, cuatro consultorios; uno de ellos destinado a la guardia propiamente y los demás a consultorios externos en donde se atienden adolescentes, adultos y adultos mayores. Aquí también se cuenta con una recepción pequeña, en donde hay dos secretarías que gestionan únicamente los turnos y la documentación referentes a los ingresos de pacientes al internado. El ingreso cuenta con puertas de vidrio translúcidas sin rejas, ventanas de aluminio practicable sin rejas ni ploteo, pisos de cerámica color beige pulidos, techos altos, el pasillo de ingreso al internado es amplio y la puerta es de aluminio enrejada, en donde prevalece el color blanco tanto en las paredes como en las aberturas lo que propicia una sensación de prolijidad, amplitud y luminosidad fría, ya que, por el ploteado de las puertas, la amplitud del pasillo y el predominante color blanco reflejan una luz blanca pálida.

La guardia permanece abierta las 24 hs., cuenta con un médico clínico, un psiquiatra y dos enfermeros los que están en sus turnos habituales de trabajo a los que, además, también se les asigna la guardia; estos son de sexo masculino de una estructura física y un porte particularmente altos, grandes y robustos. Este dispositivo un cuenta con profesionales psicólogos/as, aunque la mayoría de las veces si por un/a pasante de psicología, aquí se reciben las urgencias, en donde el objetivo es brindar una adecuada atención y contención para las

personas en crisis realizando un diagnóstico presuntivo, determinando si es necesaria la internación o un tratamiento ambulatorio. Así, ante la consulta por guardia se recibe al sujeto en el consultorio y el psiquiatra de turno procede a hacer una entrevista de la cual establece las condiciones de tratamiento y las indicaciones a seguir. De ser indicada la internación, se llenan las formas de ingreso, se llama al médico clínico para realizar un monitoreo estableciendo las condiciones físicas del sujeto y, a los enfermeros, quienes se encargarán de conducir al sujeto al sector que le corresponda de manera consentida o forzada.

El equipo de guardia trabaja 12hs. después de las cuales serán relevados por el siguiente equipo en el pase de guardia. El equipo de guardia es el encargado también de asistir a los pacientes internados ante alguna urgencia o inquietud, aunque, el psiquiatra a cargo solo cumple una función ante la urgencia, ya que, cada paciente cuenta con su equipo tratante el cual es el encargado de llevar a cabo el proceso terapéutico.

### **Internado**

Como nombre anteriormente este se divide por sectores de colores, en donde la circulación es restringida, es decir, que los sujetos padecientes de una enfermedad mental internos no pueden salir o entrar del internado a su disposición, o circular en un sector diferente al asignado. Así, cada sector se encuentra dividido por puertas, las cuales están permanentemente bajo llave. Además, el internado se caracteriza por tener una rutina con horarios fijos de descanso, actividades y tiempo libre que los sujetos padecientes internos deben cumplir, así mismo este dispositivo se encuentra permanentemente monitoreado por enfermeros, dos o tres designados por cada sector según corresponda. El equipo de enfermeros trabaja 8 horas seguidas con doble turno, por lo que trabajan 16 hs seguidas, son los encargados de supervisar, alimentar, bañar y monitorear el estado de salud física de los pacientes, como así de comunicar el estado de los pacientes a los médicos y psiquiatras.

### **Sector rojo**

Aquí se encuentran internados pacientes que han padecido una crisis aguda, menores de edad en su mayoría. No hay distinción en cuanto al tipo de patología, aunque se ofrece la posibilidad de concurrir habitaciones vip, es decir, no compartidas con otro paciente. Este sector corresponde a la parte edilicia más antigua de la clínica, está compuesto por las habitaciones dispuestas a los costados de un pasillo largo, estrecho y sin ventanas que atraviesa todo este sector, en una de sus extremidades está el acceso a otro pasillo largo en donde se encuentran los consultorios externos del ingreso principal ubicado sobre la calle sagrada familia. Cada habitación cuenta con un baño un placar y dos camas.

La enfermería está localizada en una esquina del pasillo en donde están las habitaciones y

el comedor, es un espacio angosto rodeado de ventanas donde se encuentran los enfermeros, los medicamentos y pertenencias de higiene y comida de los pacientes, los pacientes no pueden ingresar allí a menos que esté acompañado por un enfermero. El comedor (que dispone de un televisor), es un espacio amplio cuenta con tableros, sillas de plástico una salida al patio y dos ventanas enrejadas, éste es el espacio común. En dicho sector los enfermeros se encuentran continuamente presentes, en un estado atento de observación, siempre asegurándose de que uno del equipo esté entre el pasillo y el comedor dispuesto a hacerlos hacia los internos en todo momento, así como se aseguran de que las puertas de las habitaciones se encuentren abiertas para facilitar la observación.

En este sector se realizan, además, actividades tales como reuniones de reflexiones grupales, a cargo de psicólogas, una vez por semana en el comedor y se concurre al gimnasio de la institución.

#### ● Sector verde

Aquí se encuentran pacientes con las mismas características que el anterior, con la diferencia de que no hay menores de edad y en su mayoría los sujetos padecientes internos son de un rango etario de 25 años en adelante, con un deterioro cognitivo notable. Este sector no cuenta con habitaciones para una sola persona. El equipo de enfermeros aquí se muestra afable y distendido, aunque, más dinámicos, activos en la ejecución de sus tareas como en la asistencia en la movilidad para aquellos que se encuentran con dificultades motrices, la asistencia en el aseo y la administración de la medicación. Por otra parte, en este sector no se realizan actividades grupales, ya que los sujetos padecientes internos se encuentran algunos postrados, y los que pueden movilizarse deambulan dentro de dicho sector o van al patio a escuchar radio la mayor parte del día, salvo el horario de la siesta en que son conducidos a sus habitaciones para el descanso. La infraestructura del lugar está compuesta por las habitaciones dispuestas al igual que el sector rojo a los lados de un largo pasillo que desembocan en uno de los accesos a la guardia, el otro a un patio interno al cual no hay acceso. Las habitaciones cuentan con un baño dos o tres camas y un placard, la enfermería cuenta con dos espacios uno con las mismas características que las del sector rojo, y el otro es más amplio, aquí no se guardan medicamentos ni pertenencias de los sujetos padecientes internos. También, dentro de este sector hay un espacio común pequeño con un televisor y algunas sillas, este tiene salida al patio, desembocando en una galería al igual que el sector rojo.

#### ● Sector amarillo

Este es el área de psicogeriatría, aquí los sujetos padecientes internos requieren de un tratamiento diferenciado en cuanto a la asistencia, el equipo de enfermeros ejecuta labores con



más dinamismo como el aseo de los pacientes, darles de comer a aquellos que no pueden realizarlo por sí mismos y si el día lo propicia los llevan al patio de este sector etc. así mismo la mayoría de los sujetos padecientes internos se encuentran en un estado de deterioro grave, la mayoría permanecen sentados inmóviles, por lo que, una vez realizadas las tareas de aseo, alimentación y proveer la medicación, el equipo de enfermeros permanece generalmente dentro de la enfermería. Por otra parte, en cuanto a la infraestructura, este sector cuenta con un espacio común grande, una cocina amplia, la enfermería y las habitaciones. Estas últimas cuentan con un baño un placard y tres o más camas. También hay un subsuelo compuesto por dos salas de contención y habitaciones. En este sector no se dictan ningún tipo de taller para los sujetos padecientes de ese sector, aunque si para otros sujetos padecientes internos en el taller de cocina, por lo general del sector blanco y rojo.

#### ● Sector azul

Aquí se encuentran sujetos padecientes de un rango etario de 40 años en adelante con patologías crónicas, aunque, a diferencia del sector amarillo, presentan autonomía para conducirse. Este es un sector que se compone en infraestructura de un pasillo largo con las habitaciones a los costados, una sala de contención, un espacio en común que cuenta con un tablón y sillas que por lo general no se utiliza. Aquí hay dos equipos de enfermeros que van rotando sólo en este sector, a diferencia de los demás enfermeros que rotan por todos los sectores. No se dicta ningún tipo de taller.

#### ○ Sector blanco

Aquí se encuentran, en su mayoría sujetos padecientes con adicciones, de un rango etario de 18 años en adelante. Este forma parte del sector más nuevo de la clínica, es iluminado cuenta con ventanas amplias, paredes de vidrio que colindan con el patio de un lado y del otro con un espacio común grande. Este último cuenta con tableros, sillas, radio, televisor, mesas de ping pong, bicicletas fijas, colchonetas para hacer ejercicios y un acceso a la sala de recepción que se ubica en la calle Humberto primo. Aquí se realizan talleres de reflexión una vez por semana a cargo de las psicólogas.

Este sector cuenta con una cocina amplia, la enfermería, la habitación del equipo de guardia, una sala de contención, un quinchito tres consultorios destinados a los sujetos padecientes internos y una sala de profesionales. Las habitaciones están dispuestas a uno de los costados de dos pasillos largos y anchos que conforman un cuadrado enmarcando el patio, por lo cual estas tienen ventanas que dan al mismo. El equipo de enfermeros se encuentra al igual que en el sector rojo continuamente presentes, en un estado atento, observadores, dispuesto a hacia los internos con una actitud receptiva y empática.

Como se mencionó al principio la circulación es restringida, cada sector está dividido por puertas que están permanentemente cerradas con llave, los sujetos padecientes internos no pueden pasar de un sector a otro, sólo los enfermeros, psicólogos, psiquiatras, practicantes, profesores y los empleados de mantenimiento poseen estas llaves.

Los modos de desempeño en las labores que ejercen e implican al equipo de enfermeros varían, como se ve en la descripción anterior, pero hay una actitud asimétrica que se mantiene, un “manejo conductual” de los sujetos padecientes internos.

Los psiquiatras y psicólogos que son parte del equipo tratante del internado, trabajan 8 horas seguidas, atienden a los sujetos padecientes internos 1 o 2 veces por semanas según el psiquiatra o psicólogo y tienen una posición de reserva y evitación para con estos cuando circulan dentro del internado.

### ● **Hospital de día**

Este se encuentra entre el sector blanco, la guardia y el sector azul cuenta con un gimnasio y dos habitaciones destinadas a los diferentes talleres que allí se dictan.

Este dispositivo está dirigido a pacientes con patologías crónicas, sosteniendo un tratamiento ambulatorio. El objetivo de este espacio es terapéutico, atendiendo al fortalecimiento de la resocialización y la rehabilitación del sujeto padeciente rescatando sus potencialidades, estimulando sus capacidades personales, previniendo de esta manera las reinternaciones y recaídas, favoreciendo el vínculo entre los sujetos padecientes y sus familias. Entre los profesionales a cargo de este espacio se encuentran, dos profesores de educación física, uno a cargo de actividades como jugar al vóley en el patio, jugar al bingo etc., y otra encargada de asistir en el gimnasio del internado, y psicólogas que coordinan actividades como la asamblea de apertura semanal, laborterapia, gimnasia, estimulación cognitiva, video debate y el taller de expresión musical.

### ● **Consultorios externos**

Aquí concurren usuarios con tratamientos ambulatorios de modalidad individual, de pareja y familiar, el rango etario es amplio asistiendo desde niños hasta adultos mayores.

### 3 EJE DE SISTEMATIZACION

### 3.1 EJE DE SISTEMATIZACION DE LA PRÀCTICA

“El quehacer de los profesionales de salud mental en la guardia de una clínica monovalente.”

## 4 OBJETIVOS

#### 4.1 OBJETIVO GENERAL

“Comprender el quehacer de los y las profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba en el periodo de abril a noviembre del año 2016”.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Indagar el quehacer de los y las profesionales de la salud mental en la guardia de la clínica privada monovalente Saint Michel desde la perspectiva de:

- Las diferentes concepciones históricas del padecimiento mental.
- La dimensión institucional de la clínica monovalente en tanto institución total.
- El modelo social de la discapacidad y de derechos humanos correspondiente a la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental.

## 5 MODALIDAD DE TRABAJO

## 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Dentro del marco de la realización de la PPS en la clínica privada Saint Michel se produjo este trabajo el cual consiste en una sistematización de la experiencia vivida en la institución.

La sistematización de experiencias resulta un método idóneo para el estudio de la experiencia realizada en la clínica privada monovalente Saint Michel en el dispositivo de guardia ya que se entiende a esta, siguiendo a Jara (2018), como "procesos sociohistóricos dinámicos y complejos, personales y colectivos" (p.52), de esta manera la experiencia realizada no es tomada como una sucesión de hechos y sucesos puntuales, sino que las experiencias se encuentran en un continuo movimiento, que comprenden un conjunto de dimensiones subjetivas y objetivas de la realidad histórico-social (Jara, 2018). En este sentido la sistematización de experiencias es y permite:

- a. Un proceso de reflexión individual y colectivo.
- b. En torno a una práctica realizada o vivida.
- c. Que realiza una reconstrucción ordenada de lo ocurrido en ella.
- d. Que provoca una mirada crítica sobre la experiencia.
- e. Que produce nuevos conocimientos (Jara, 2018, p.57).

Es por esto que para comprender la experiencia realizada en la clínica privada monovalente Saint Michel, en el dispositivo de guardia, buscando extraer sus enseñanzas y con el fin de comunicarlas, he procedido en un ordenamiento y reconstrucción de la experiencia, reflexionando sobre los diferentes elementos, condiciones objetivas, subjetivas y el registro propio de emociones, sentimientos y observaciones en torno eje planteado: "El quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica monovalente de Córdoba". De esta



manera, se apunta a comprender la lógica del proceso vivido con el fin de apropiarse del sentido que esta experiencia denota, ya que de esta manera como nos indica Jara (2018),

Al sistematizar nuestras experiencias, reconocemos críticamente el rol desempeñado por los distintos actores. Por ello, podemos tener mejores elementos para reforzar los procesos de articulación y alianzas, así como los criterios de prioridad de acción colectiva para el futuro, basándonos en la lectura de la experiencia vivida. Esas formas nuevas o renovadas de articulación y de alianzas nos empoderan, nos permiten ejercer poder (p.65).

Es decir que, a través de esta sistematización de la experiencia realizada por quien escribe se busca reconocer críticamente el quehacer de los profesionales de la salud mental en una clínica monovalente de Córdoba, a fin de que esta producción permita contribuir a nuestra capacidad de propuesta orientada hacia las prácticas en salud mental.

## 5.2 CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS

La población está conformada por los integrantes de la Clínica Saint Michel que forman parte del dispositivo de guardia e internado, por los usuarios de salud mental internos, ambulatorios y acompañantes de estos últimos que asistieron a dicho dispositivo.

La muestra se compone de tres psiquiatras, un médico clínico, seis enfermeros/as correspondientes a tres equipos de guardia distintos, usuarios de salud mental que fueron asistidos en el dispositivo de guardia: siete correspondientes a la guardia interna, cinco correspondientes a la guardia externa y cinco acompañantes de estos últimos. Los sujetos nombrados han sido identificados con una sigla para preservar su anonimato.

SUJETOS	SIGLAS
EQUIPO DE GUARDIA 1	P1 MC E1 E2
EQUIPO DE GUARDIA 2	P2 E3 E4
EQUIPO DE GUADIA 3	P3 E5 E6

Tabla 2. Sujetos de muestra.

SUJETOS	SIGLA
USUARIOS DE SALUD MENTAL INTERNOS	Ci li Ri Si Gi Ai Yi Hi
USUARIOS DE SALUD MENTAL NO INTERNOS	B E F K X

Tabla 3. Sujetos de muestra.

SUJETO	SIGLA
ACOMPÑANTES DEL USUARIOS DE LA SALUD MENTAL	Madre de R Madre de E Madre de F Madre de K Hermano de X

Tabla 4. Sujetos de muestra.

### 5.3 MATERIAL Y METODO

Con el motivo de responder al eje planteado los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

- Registro de campo: estos son una descripción detallada de las situaciones de urgencia y/o crisis ocurridas en el dispositivo de guardia interna y externa de la clínica Saint Michel recopiladas por la presente a partir de la observación participante. De estos registros se seleccionaron los más pertinentes y útiles para el trabajo.
- Entrevistas semi estructuradas: estas se realizaron a los profesionales que componen los equipos de guardia y a sujetos padecientes internos de la institución que fueron asistidos en el dispositivo de guardia. La modalidad de estas entrevistas fue escogida a fin de permitir la flexibilidad necesaria para adaptarse a los diferentes entrevistados, de modo que la entrevistadora puede realizar nuevas preguntas para así recabar de manera más completa la información requerida.

De esta manera, las entrevistas se realizaron con el fin de indagar sobre los quehaceres de los profesionales de la salud mental en el dispositivo de guardia, es decir, las prácticas que estos profesionales de la salud mental desempeñan en dicho dispositivo; así como también se indago sobre si el modelo social de la discapacidad correspondiente a la vigente Ley Nacional N° 26.657 de salud mental, incidió de algún modo en el desarrollo de dichas prácticas. (Ver anexo)

En referencia a las entrevistas realizadas a los sujetos padecientes internos, estas se llevaron a cabo con el fin de averiguar la percepción que estos tenían del proceso de internamiento por el que se encontraban transitando. (Ver anexo)

## 5.4 PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Del material obtenido por las distintas técnicas de recolección de datos se confeccionaron categorías de análisis en torno al eje de sistematización de la práctica que se presentan en el apartado “Análisis y sistematización”, dividido en tres partes:

- Las diferentes concepciones de las enfermedades mentales y sus influencias, en el quehacer y rol de los equipos de guardia.
- Las implicancias de la clínica Saint Michel como institución total en las prácticas del equipo de guardia.
- Las incidencias del modelo social de la discapacidad y de derechos humanos en las prácticas del equipo de guardia.

## 5.5 CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de este trabajo se tuvo presente los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos enmarcados en el Código de Ética de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016): consentimiento informado, protección de datos y confidencialidad, derecho a la información, gratuidad, no discriminación y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases.

## 6 PERSPECTIVA TEÒRICA

En este apartado se desarrollarán los conceptos teóricos que he tomado para abordar la temática del quehacer de los profesionales de la salud mental en la guardia de una clínica privada monovalente. De esta manera se tratará de responder a los objetivos específicos de esta sistematización en donde dichos conceptos son el lente desde el cual se mira la práctica realizada.

## 6.1 LAS DIMENSIONES DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Si tomamos una definición sencilla, propia de un diccionario, podemos definir la palabra quehacer como ocupación, negocio, tarea que ha de hacerse (U. m. en pl. párr. 1 RAE).

Tomaremos esta definición y la aplicaremos al quehacer de los profesionales de la salud mental, con el objeto de fijar la mirada en la ocupación, las tareas a realizar, las acciones que estos desempeñan particularmente, en esta clínica monovalente privada, en el dispositivo de guardia.

Para ello, partiremos del hecho de que la ocupación y las tareas que constituyen el quehacer de los profesionales de la salud mental, son un conjunto de acciones que no se encuentran dispuestas al libre albedrío de estos, sino que, por el contrario, estos están en gran medida compelidos a responder de una determinada manera. Esta determinación de las formas actuales de prácticas en salud mental, se debe a que las mismas se encuentra atravesadas por múltiples condiciones que inciden en su desarrollo. Es entonces que a fin de comprender el quehacer de los profesionales de la salud mental lo desglosaremos en tres dimensiones que han resultado positivas para la ilustración del entramado que reflejan dichas prácticas como se puede ver en la figura 2.

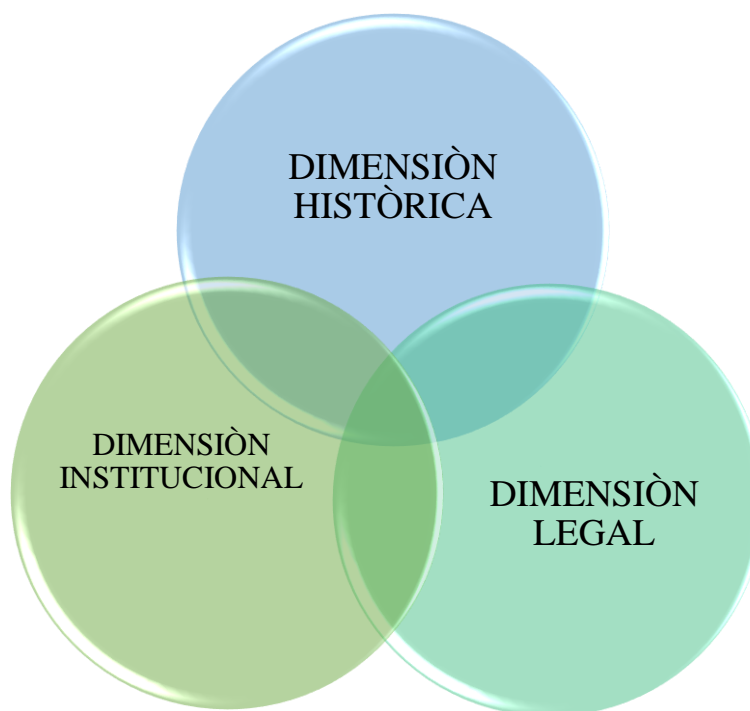


Figura 2. Dimensiones del quehacer de los profesionales de la salud mental. La selección del formato de esta figura es a propósito de mostrar que estas dimensiones son parte de un mismo elemento, el quehacer de los profesionales de la salud mental y que estas no se encuentran de manera independiente una con la otra, sino que se encuentran en permanente relación.

#### 6.1.1 DIMENSIÒN HISTÒRICA DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Aquí veremos las diferentes maneras en que se ha comprendido el padecimiento mental a lo largo de la historia afín de situarnos en las diferentes concepciones que de él han circulado, dando de esta manera el soporte teórico que responde al objetivo general y el primer objetivo específico de este trabajo.

Por lo que también, se procederá en puntualizar las incidencias que estas concepciones han establecido en las prácticas de los agentes de salud mental, es decir, desde cada concepción el rol que deparan para el agente de salud mental y el sujeto con padecimiento mental.

Esta dimensión es propuesta desde un eje histórico, aunque no a modo anecdótico o puramente informativo, sino entendiendo que estas concepciones del padecimiento mental

siguen incidiendo en las practicas, los quehaceres y rol de los profesionales de la salud mental y en los usuarios de salud mental.

#### 6.1.1.1 LA CONCEPCIÓN MÀGICO-ANIMISTA- RELIGIOSA DEL PADECIMIENTO MENTAL

En la antigüedad y en las poblaciones primitivas el padecimiento mental se comprende desde una concepción mágico-animista- religiosa. Es decir, la manera en que se pensaba al padecimiento mental, estaba regida en la creencia de que los fenómenos naturales y los procesos del enfermar estaban determinados por entidades invisibles y superiores a los seres humanos (Entralgo, 1978). Así lo vemos expresado en la siguiente tabla 5 en el que Clements (como se citó en Elenberguer,1976) distingue cinco teorías principales del padecimiento mental

TEORIA DE LA ENFERMEDAD	TRATAMIENTO
1.Intrusion del objeto-enfermedad.	Extracción del objeto-enfermedad.
2. perdida del alma.	Búsqueda, recuperación y restauración del alma perdida.
3. intrusión de un espíritu.	a) Exorcismo. b) Extracción mecánica del espíritu extraño. c) Transferencia del espíritu extraño a otro ser viviente.
4. ruptura de un tabú.	Confesión, propiciación.
3. Hechizo.	Contramagia.

Tabla 5. Teorías del padecimiento mental (Fuente Ellenberguer, 1976, p.23).



Así pues, (Entralgo, 1978) refiere que los agentes de salud encargados del estudio y tratamiento del padecimiento mental, fueron aquellos sujetos de la comunidad ligados a la espiritualidad, de los que se creía tenían la cualidad de comunicarse con fuerzas sobrenaturales y dioses. De esta manera el autor propone que sacerdotes, brujos, chamanes y sanadores constituyan su quehacer en tratamientos empírico-mágicos, en los cuales, las conductas con orientación empírica se refieren a el uso de un razonamiento causal, en cuanto a la efectividad terapéutica de la practica efectuada. Por ejemplo,

Recurrir a un remedio sólo porque su empleo ha sido o ha parecido ser favorable en casos semejantes al que se contempla. El azar —azarosamente, en efecto, suelen ser obtenidas las experiencias favorables— y la observación de la conducta de los animales...que integran las actividades quirúrgicas de los pueblos primitivos: extracción de proyectiles penetrantes, reducción de fracturas, coaptación de los bordes de las heridas (Entralgo, 1978, p. 7).

Y como indica Entralgo (1978) el uso de “... otros recursos terapéuticos y preventivos, como la ingestión de hierbas eméticas, el masaje, las escarificaciones, el baño, la cauterización e incluso la inoculación antivariólica” (p. 7). En cuanto a las conductas con orientación mágica el autor refiere que, en estas prácticas la

Eficacia depende de la pura formalidad del rito mismo (fórmulas rituales de conjuros, ensalmos, encantamientos, gestos y actos, etc.), del poder o la virtud especiales del hombre que lo practica (hechicero, brujo, etc.; el «mago», en el más amplio sentido de esta palabra) o del lugar en que se le ejecuta (lugares especialmente privilegiados: fuentes, islas, cimas de montañas, abismos, etc.). (Entralgo, 1978, p. 7)

Otro rasgo de esta concepción mágico-animista-religiosa, resulta en una visión personalista del padecimiento mental, ya que los síntomas no son tomados en sí mismos, sino atribuidos a los sujetos padecientes como consecuencia secundaria de una acción punitiva por parte de los

dioses (Entralgo,1978). De ahí que al sujeto padeciente se lo encuentra ocupando un rol pasivo en calidad de condenado, castigado, embrujado etc.

Por consiguiente, otra característica a destacar de estas concepciones radica en el lugar de marginación al que queda sometido el sujeto padeciente. Ya que por el estatuto de su padecer provoca en los demás sujetos de su comunidad actitudes de recelo, exclusión y/o la muerte (Entralgo,1978). En efecto, bajo estas maneras de entender el padecimiento mental, se establece una relación de rechazo y exclusión para con este padecimiento y para con los sujetos padecientes. Un ejemplo de este trato hacia los sujetos padecientes, se ve representada en El cuadro de Bosco "Stultiferanavis ", al cual refiere Foucault (1986) en el título del capítulo I en su libro Historia de la locura en la época clásica I (p.3).



Figura 3. La nave de los locos (Aken, s.f).

En este cuadro en el que se ilustra una barca rumbo a mar abierto, cargada de sujetos padecientes entendidos como “locos”, Foucault nos refiere la manera en que la sociedad de esa época trataba con “la locura” situándola a un “sin lugar”. Es decir, si pensamos en que la manera de tratar con la “locura” es un naufragio, entonces estamos refiriendo la cualidad de un constante andar errático de quienes la portan, este camino errático ya sea fuera de las ciudades, en el mar o en campos abiertos es el lugar social del padecimiento mental, expresado en la marginación y la segregación de los “locos” (Foucault, 1986). De hecho, el autor refiere que al final de la edad media, esta manera de tratar a los sujetos con padecimiento mental se vio reforzada gracias a la progresiva desaparición de la lepra en donde, durante el siglo XVII de 29 hospitales que contenían a los leprosos, solo se registraron tres leprosarios: Saint-Cyprien, Arnaud-Bernard y Saint-Michel. (Foucault, 1986). En palabras del autor,

La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible (Foucault, 1986, p.7).

De la cita anterior podemos decir que como plantea (Goffman, 2006), “La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (p.12). En este sentido el autor expone que, cuando conocemos a una persona se busca conocer la identidad social de esta, en términos de si la persona adopta las normas y atributos de lo que se considera “normal”, es decir, si está dentro de la categoría que esa sociedad establece como “personas normales”, si se descubre que algún atributo de la persona no coincide con la categoría de normal entonces, se procede en la desacreditación y estigmatización de esa persona (Goffman, 2006). En este sentido el autor refiere que

El rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado. Esta referido a lo que a menudo (...) se denomina “aceptacion{.Las personas que tienen trato con él no logran brindarle el respeto y la consideración que los aspectos no contaminados de su identidad social habían hecho prever y que él había previsto recibir; se hace eco del rechazo cuando descubre que algunos de sus atributos lo justifican (Goffman, 2006, p.19).

Es decir que, siguiendo al autor, los sujetos con padecimiento mental se encuentran inhabilitados para una aceptación social plena a causa de una relación especial entre este atributo “la locura” y el estereotipo de sujeto “normal”. En consecuencia, el sujeto padeciente es percibido por los “normales” como no humano y, a partir de ese supuesto los “normales” proceden en diversos tipos de discriminación que reducen las posibilidades prácticas reales de vida del sujeto padeciente (Goffman, 2006).

De esta manera, como refiere Goffman (2006) el sujeto padeciente debe “mantenerse íntimamente alerta frente a lo que los demás consideran como su defecto” (p.17), y en este sentido el autor elucida que las conductas de ocultamiento se deben a que, “el problema del estigma no surge aquí sino tan sólo donde existe una expectativa difundida de que quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo” (p.16). De ahí, también que los “normales”, “construimos una teoría del estigma, una ideología para expresar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias” (Goffman, 2006, p.15).

Desde las concepciones mágico-religiosa-animistas vemos la representada en las teorías nombradas en el cuadro 3, a través de las cuales se justifica el naufragio, la exclusión y la muerte de los sujetos con padecimiento mental. Como veremos más adelante estas teorías del estigma irán cambiando, aunque el estigma persiste aferrado a los sujetos con padecimiento mental.

Pues bien, ahora que comprendemos que la estigmatización es entonces, negar la aceptación de ese otro que es percibido en sus atributos diferentes, veremos el impacto que genera está en los sujetos estigmatizados. Al respecto podemos decir que esta negación opera como una constante en la situación vital del sujeto padeciente estigmatizado, produciendo en él una conducta de ocultamiento de su atributo estigmatizante. En consecuencia, en este se presenta una ambivalencia con respecto a aceptarse y aceptar como iguales a los demás sujetos que comparten la categoría de estigmatizados, en palabras de Goffman (2006),

cuando el individuo comprende por primera vez a quienes debe ahora aceptar como sus iguales suele sentir, cuando menos, cierta ambivalencia: esos otros no solo son portadores manifiestos de un estigma, distintos, por consiguiente, de la

persona normal que el cree ser, sino que también pueden tener otros atributos con los que le resulta difícil asociar su caso (p.51).

Así, “dada la ambivalencia que crea el individuo la pertenencia a su categoría estigmatizada, es lógico que aparezcan oscilaciones en el apoyo, en las identificaciones y en la participación que tiene entre sus pares “(p.52). Al respecto el sujeto con padecimiento mental estigmatizado para lidiar con el dolor que supone su discriminación, como señala Goffman (2006), desarrolla conductas destinadas a evitar ser situado como sujeto desacreditable por parte de los demás. Esto es posible ya que la “locura” no es un atributo visible a primeras en la mayoría de los casos, si lo comparamos por ejemplo con alguna deformación física. Así, una de estas conductas referidas es el encubrimiento de la información que desacredita al yo. Por ejemplo, el ocultar signos desacreditables como las marcas en la piel provocadas por autoflagelación y/o por intentos de suicidio, el lugar de residencia durante una internación, la cualidad psicofarmacológica de sus medicamentos entre otras. Como nos ejemplifica Goffman (2006)

para el ex enfermo mental el problema (...) no se trata de hacer frente a un prejuicio dirigido contra su persona, sino, por el contrario, a la aceptación inconsciente de individuos llenos de prejuicios contra las personas de la misma clase a la que él puede revelar pertenecer (...) En forma deliberada o no el ex enfermo mental oculta información sobre su identidad social real, recibiendo y aceptando un trato basado en suposiciones falsas respecto de su persona (p.57).

#### 6.1.1.2 LA CONCEPCIÓN POSITIVISTA-NATURALISTA DEL PADECIMIENTO MENTAL

Otra de las concepciones que circularon en torno a el padecimiento mental es la concepción positivista naturalista. Esta, en sus comienzos en la Grecia antigua, planteó un modo de entender el padecimiento mental radicalmente diferente ya que separa el entendimiento y estudio de la mente de la religión y la magia, buscando situar al padecimiento mental a un origen natural. Esto se debe en parte, gracias a pensadores presocráticos como Mileto, Saínos, Éfeso, Colofón, Clazomenas entre otros, quienes descubren y gestan la noción de physis, delineando los fundamentos de la posterior ciencia natural, permitiendo la tecnificación y racionalización de la medicina griega (Entralgo, 1978). Physis significa en griego naturaleza, naturaleza en el sentido de lo que esta, existe. Los filósofos mencionados anteriormente tomaron a la physis o naturaleza como objeto de estudio principal, de este modo, la consideraron como “el principio u origen de la realidad, origen que atribuyeron a distintos elementos materiales, como el agua, el aire o lo indeterminado, a los que consideraron el principio o "arjé" del que procede la realidad que conocemos” (Entralgo, 1978, p.68). De esta manera y gracias al concepto de physis, se buscará comprender la causa del padecimiento mental- dentro de estas concepciones denominado enfermedad mental- como fenómeno separado del sujeto que la padece, el interés aquí, radica en conocer las leyes que regulan a la naturaleza y por extensión al comportamiento, como lo vemos en la siguiente clasificación de Hipócrates de las enfermedades mentales en la tabla 4.

1. Frenitis	Trastornos mentales agudos con fiebre.
2. Manía	Alteración mental aguda sin fiebre. Agrupando probablemente todas las formas de psicosis aguda no febriles. Las historias clínicas de esta enfermedad no son lo bastante abundantes como para discernir si la fineza diagnóstica de Hipócrates llegaba a diferenciar las psicosis de reacción exógena no febriles de las que ahora denominamos psicosis funcionales.
3.Melancolía	Aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas no agitadas.
4. Epilepsia	
5. Histeria	Caracterizada por disnea paroxística y convulsiones. El diagnóstico diferencial entre histeria y epilepsia parecía estar bien establecido en la

	escuela hipocrática.
6. Enfermedades de los Escintios	Alteraciones sexuales abigarradas, incluyendo, predominantemente, transvestismo, aparentemente muy frecuentes en la región de Escintia.

Tabla 4. Clasificación de las enfermedades mentales de Hipócrates. (Adaptado en “Evolución histórica de la psiquiatría” por J.L. González de Rivera, 1998, p.3)

Como resultado de estas concepciones, se produce un cambio en el rol del agente de salud, ya no se trata de un sujeto con características mágicas y esotéricas, en donde su manera de hacer no se podía poner en duda, sino de un sujeto normal con un saber particular de la physis, el cual en sus quehaceres como agente de salud se encuentra en un compromiso con el sujeto padeciente (Rivera, 1998). En cuanto a los métodos terapéuticos efectuados desde esta concepción se encuentran: la dieta, baños con sustancias especiales, la aplicación de tierra, el cuidado del sueño y remedios naturales. La utilización de farmacopea estaba relegada a un segundo lugar, estos constaban la mayoría de ser de origen vegetal con propiedades catárticas, los agentes de salud serán médicos, sacerdotes y algunos filósofos quienes sostenían, en el ejercicio de su quehacer, una actitud de respeto y humanidad hacia los sujetos con padecimiento mental (Entralgo, 1978). Este último, es considerado un sujeto atravesado por la enfermedad necesitado de asistencia lo que refleja una posición diferente a las concepciones personalistas que regían desde la antigüedad.

Como mencionamos en el apartado nº 2.1.1 por diversos motivos de orden social, histórico, intelectual, geográficos y con el advenimiento de la modernidad esta concepción del padecimiento mental sufrió cambios orientados al control del sujeto padeciente, puntualmente con el nacimiento del positivismo científico y la singularización de los sujetos padecientes de una enfermedad mental. Uno de los mayores exponentes del positivismo natural es el filósofo y matemático Auguste Comte (1798-1857) quien sostenía como nos refiere Moulines (2009) que:

El verdadero objetivo de las ciencias *no* es buscar las causas ocultas de los fenómenos, sino sólo describirlos sistemáticamente, para poder hacer buenas predicciones. Las predicciones nos permiten actuar sobre la naturaleza; con ello se promueve el progreso tecnológico, la base de todo progreso humano (“El

positivismo clásico” párr. 10).

En este sentido es que se intenta desde distintas teorías, la explicación y formulación del hombre y por tanto del sujeto padeciente, desde una perspectiva científica positivista y natural. Así, por ejemplo, David Hume (1711-1776) considero que

La psicología ha de estudiar la experiencia tal y como nos aparece, sin considerar al observador como entidad separada. De manera muy simple, conjeturó la inexistencia del alma como principio organizador de la experiencia, argumentando que las experiencias se conjugan unas con otras siguiendo leyes naturales, y que lo que denominamos "personalidad" no es más que el conjunto de las percepciones complejas en un determinado momento (Rivera, 1998, p. 11).

Dentro de este marco, en 1800 Francia la psiquiatría se consolida como una rama de especialización dentro de la medicina, podemos mencionar al del médico y reformador francés Philippe Pinel quien planteaba que no debían construirse nuevas hipótesis sino, centrarse en la descripción y observación de hechos (Entralgo, 1978). Es entonces que, mediante la consolidación de la psiquiatría como disciplina y práctica científica, los psiquiatras aquí llamados alienistas, serán los agentes de salud encargados del estudio y tratamiento de las “enfermedades mentales” y de los sujetos padecientes de la misma. Estos instituirán a los hospicios como lugares de tratamiento, sobre todo por parte de los psiquiatras reformistas a partir de los cuales se comienza una práctica más humanitaria como refiere Rivera (1998) “se inicia a finales del siglo XVIII la reforma de la asistencia psiquiátrica, que tiene como consecuencia una mejora de las condiciones de los enfermos ingresados y la instauración del "tratamiento moral", o primeros tímidos intentos de socioterapia “(p.12).

Es a destacar también, que en el retorno del estudio de la naturaleza impulsado por el racionalismo hay un incremento de teorías constitucionales, biologicistas y degenerativas sobre el origen del padecimiento mental (Rivera, 1998). De esta manera se reconoce una



preocupación por la degeneración de los organismos y de las razas vinculadas al medio ambiente, por lo que siguiendo a Caponi (2009),

La causa de la degeneración debía ser buscada en el medio externo, particularmente en los efectos nocivos que el clima tórrido producía en los cuerpos de los individuos, ya sea por la creación de razas degeneradas, o por que producía estados patológicos (mentales o físicos) (p.429).

De esta manera, la degeneración se transmitía de generación en generación mientras el sujeto se mantuviera bajo las mismas influencias ambientales. En el año 1857 Benedict August Morel publica su “Tratado de degeneración de la especie humana” en el cual a diferencia de Pinel y Esquirol que diferencian los tipos de “alienación” por la sintomatología y no por la etiología y, de la atribución única del ambiente como causa de los procesos degenerativos propone que, siguiendo a Caponi (2009) “los procesos de degeneración sólo pueden ser el resultado de influencias mórbidas, de orden física o moral, que siempre responden a ciertas características generales y a ciertas características específicas” (p.432). Por lo que, “La causa general, que aparece necesariamente en todos los casos, sea como elemento predisponente, sea como efecto de causas exteriores, es la transmisión hereditaria” (p.432). En consecuencia, la población de los psiquiátricos -en donde se encontraban sujetos que presentaban ideas delirantes, delirios epilépticos, histeria, manía, hipocondría, melancolía, parálisis general, imbecilidad e idiotismo- es definida como una degeneración de la raza humana debido a un temperamento malsano o una afección mórbida anterior, en las que la predisposición hereditaria es definitiva (Caponi, 2009). De este modo, las prácticas terapéuticas se basan en la observación, regida por el método expectante hipocrático, la utilización moderada de la farmacopea, la inducción de malaria en pacientes con parecias generales, el coma insulínico, el electrochoque, la psicocirugía, el aislamiento, la disciplina y la educación médica entre otras (Entralgo, 1978).

A mediados del siglo XIX Emile Kraepelin desarrolla una psicopatología descriptiva, una clasificación sindromática que tiene en cuenta la evolución de la enfermedad, por lo que aparece la noción de proceso marcando la necesidad de acercarse a la cama del enfermo para poder

observar la evolución de la enfermedad (Entralgo, 1978). Hasta ese entonces, la especulación teórica y la anatomía patológica eran los pilares desde los cuales se observaba y pensaba en su mayoría a las aquí llamadas enfermedades mentales, acercarse al enfermo es poner en primer plano la observación clínica, la investigación a partir de la clínica (Entralgo, 1978). Sin embargo, estas prácticas orientadas a la nosotaxia no darán resultados eficientes como refiere (Rivera, 1988),

El énfasis en aspectos formales y divisiones arbitrarias inducen a un falso sentimiento de seguridad científica, inhiben la creatividad y el ingenio necesarios para el descubrimiento de los procesos morbosos, y constituyen, en definitiva, la cristalización de un paradigma que se resquebrajará poco después de Kraepelin ( p.13).

Como ilustra la cita, el psiquiatra moderno desconoce que en sus interpretaciones del padecimiento mental “construye por medio de estas los conceptos que lo nombran el objeto sobre el cual piensa. Esta suerte de absolutismo ontológico le crea la ilusión de una objetividad de sus juicios diagnósticos” (Galende, 2008, p.3). En consecuencia, vemos en esta concepción naturalista positivista una negación del sujeto que la padece mediante la categorización de alienado, degenerado y enfermo mental ya que, pensar el padecimiento mental, el sufrimiento psíquico desde un marco positivista y rígido, estableciendo clasificaciones y nominaciones de lo que se considera una conducta enferma, implica la negación del sujeto padeciente como parte de esa experiencia. Esto se debe a que, por medio de esta racionalidad no existe la posibilidad para el sujeto padeciente de argumentar racionalmente su padecimiento, al estar fuera de la escena como sujeto y solo considerado como alienado, degenerado y enfermo su palabra no dice nada (Galende, 2008). Así dentro de esta concepción positivista natural el sujeto padeciente es establecido en el lugar de anormal y extraño, ya que, son introducidos en una lógica de normalidad ficticia impuesta por la racionalidad de esa época, es decir, hay una visión moral del padecimiento mental y es entonces, la disciplina “la medida terapéutica” (Galende, 2008). Por ejemplo, tanto Esquirol, Fodere, como Reil en sus descripciones, tipologías y clasificaciones de “las enfermedades mentales” se denotan que están sujetas a estrategias de

disciplinamiento, las cuales no tiene relación con una búsqueda en el quehacer terapéutico, sino que está dirigida al disciplinamiento como medida de control. A si vemos en el señalamiento de Reil, (Como se citó en Galende & Kraut, 2006) “el chaleco de fuerza, el encierro, el hambre y algún que otro vergajazo bastan para que los enfermos se vuelvan rápidamente dóciles” (p. 56). Otro de estos ejemplos, es la cura por el asco que consistía en la repetida administración de purgantes y eméticos causando vómitos y diarreas por semanas a los sujetos padecientes, esta técnica muy utilizada en la manía y la melancolía (Galende & Kraut, et al., 2006). Por consiguiente, al definir al sujeto con padecimiento mental como enfermo mental como señala Galende y Kraut (2006),

No se trata de comprenderlo como ser humano en su experiencia de vida, de abrir el interrogante y la duda sobre la locura y el desvío de la razón, sino de “curarlo”, contenerlo, disciplinar su conducta, retornarlo a la razón normalizando su pensamiento (p. 33).

Así, bajo esta concepción positivista natural el quehacer se configura bajo la premisa de normalizar. Se trata de prácticas fundadas en una moralidad del deber ser, como bien nos ilustra Galende (2008):

En todas sus manifestaciones y campos de acción la razón moderna, basada en un pensamiento que al conocer domina la naturaleza, se comporta como un enfoque destructivo y una implacable exclusión de lo que no es igual a su razón, a sus modos de pensar y de creer, de lo que le es desigual, extraño. Todo lo que no es subordinado a los parámetros y valores de esta razón está amenazado de exclusión, encierro o aniquilación (p.34).

En otras palabras, se pretende que cada objeto científico se piense bajo un mismo criterio.

Y, es desde esta pretensión totalizante que se incurre en la neutralización de todo aquello que es extraño y diferente, aquello que no se subordina al poder de la razón. Podemos pensar que, dentro de la concepción positivista, en esta manera de tratar con el padecimiento mental, se encuentra también una teoría de la estigmatización del padecimiento mental y de los sujetos que lo padecen. Resulta claro el rechazo y horror de una sociedad iluminada en la racionalidad moderna ante el sujeto con padecimiento mental, en donde, la sinrazón pertenece al mundo salvaje y el alienado imposibilitado en su condición ser iluminado por la razón y la civilización es expuesto como tal, como nos ilustra Rivera (1988), “En muchos hospitales psiquiátricos, notablemente en el famoso Bethlem Hospital de Londres, se abrían los distintos pabellones al público, exhibiendo a los enfermos por el módico precio de un penique, como si se tratara de animales en un zoológico” (p. 12). De esta manera, el sujeto padeciente bajo la categoría de alienado, degenerado y enfermo mental, es situado una vez más en el lugar de anormal, extraño y por lo tanto peligroso. El lugar del psiquiatra será el de instancia ordenadora, como vemos, sus quehaceres consisten en normalizar la conducta de los “enfermos mentales” a través de cualquier método que dé el resultado esperado: la adaptación, las buenas costumbres, la sumisión al deber ser y parecer que se les exige. Así el sujeto con padecimiento mental es percibido como un extraño amenazante, en donde se instala un juego de poder y dominación entre este y el alienista.

#### 6.1.1.3 LA CONCEPCIÓN DEL PADECIMIENTO MENTAL DEVENIDO DE LAS PSICOTERAPIAS Y LA FORMACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Continuando, otra de las concepciones en torno a las enfermedades mentales son las devenidas por las psicoterapias y la formación de la salud mental. En efecto, como producto del desarrollo de nuevas psicoterapias, particularmente con el psicoanálisis, se pone en cuestionamiento a la comprensión de sujeto promulgado por la razón moderna (Galende, 2008).

Freud abre una puerta hacia la complejidad de la vida psíquica, cuando descubre en neuropatología, que algunas patologías orgánicas como por ejemplo, las parálisis (en las que no se revela su origen en un daño del organismo) encuentran su origen en ser un síntoma de un conflicto psíquico inconsciente del sujeto padeciente (Ellenberguer,1876). Aquí la cualidad de inconsciente como propone (Freud, 1991) hace referencia a que en la histeria el síntoma devenido de un conflicto psíquico se produce debido a que, “una representación inconciliable pone en movimiento la defensa del yo e invita a la represión “(p.209), de esta manera expone Freud (1991),

La defensa alcanza ese propósito suyo de esforzar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona en cuestión, hasta ese momento sana, están presentes unas escenas sexuales infantiles como recuerdos inconscientes, y cuando la representación que se ha de reprimir puede entrar en un nexa lógico asociativo con una de tales vivencias infantiles (pp. 209-210)

Los síntomas serían una manifestación de eficiencia inconsciente (Freud,1991). De esta manera, el inconsciente freudiano rompe con la pretensión del dominio pleno de la razón, la objetividad y la conciencia como atributo inobjetable del hombre y por tanto del conocimiento y las ciencias humanas (Galende, 2008). Pues bien, como refiere (Laplanche, 2009) el inconsciente es una noción dinámica y tópica que Freud infiere de la práctica clínica en la experiencia de la cura, en esta significa la invalidez reductiva del psiquismo a la conciencia ya que ciertos contenidos sólo son susceptibles de conciencia tras haber superado las resistencias, por consiguiente, Laplanche (2009),

ha conducido a suponer la existencia de {{grupos psíquicos separados}} y, de un modo más general, a admitir la existencia del inconsciente como un {{lugar psíquico}} particular que es preciso representarse, no como una segunda conciencia, sino como un sistema, que tiene contenidos, mecanismos y posiblemente una {{energía}} específica (p.194).

De esta manera también, Freud demostró que tanto las resistencias presentadas durante el tratamiento ante la emergencia de los afectos e ideas inconscientes y la transferencia de sentimientos irracionales de amor u hostilidad hacia el terapeuta, son herramientas básicas en el tratamiento del padecimiento mental (Ellenberguer, 1976). De igual forma, introdujo la noción de síntoma puramente psicológico, por lo que en el síntoma se expresa un lenguaje en el cual el sujeto padeciente habla, como refiere Galende (2008),

Es el conflicto indicador de las fuerzas psíquicas que se juegan en el devenir del sujeto y que desentrañar este juego de fuerzas es lo que permite comprender los síntomas de las neurosis, y los malestares de la existencia. No se trata de anular el conflicto o pretender resolverlo, se trata de dejarlo o hacerlo hablar; esto solo hace que, si otro escucha, se restituya la dimensión del sujeto implicada en su existencia (p.9).

Introduce así, una noción de verdad como construcción, la cual se produce siempre en un campo de alteridad, es decir, de a dos, no de un solo sujeto, ya que nunca es objetiva la representación de algo exterior al sujeto que la produce (Galende, 2008). En este sentido, la visión del sujeto padeciente cambia a un rol activo participativo, el saber ya no le pertenece a el psiquiatra o terapeuta, sino que está enquistado en el inconsciente del sujeto padeciente. Como refiere Freud (1991) “ existe (...) un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes ” (p.35), por consiguiente, el sujeto padeciente no es puesto bajo la categoría de alienado, degenerado y enfermo mental sino, de ser un sujeto el cual se encuentra atravesando un padecimiento psíquico, del cual los aspectos inconscientes invitan a un quehacer terapéutico conjunto ya que no se parte de un paradigma heredo-degenerativo y orgánico del padecimiento mental, como vimos anteriormente en la concepción positivista.

Como refieren (Dagfal y Vezzetti, 2008), la idea de la salud mental se fue gestando gracias a la progresiva caída del modelo heredo-degenerativo, la incapacidad de este modelo en dar respuesta a los padecimientos subjetivos de la población producidos por la primera y segunda guerra mundial, sobre todo esta última con una de sus consecuencias en los combatientes “la

neurosis de combate”, concluyó en una integración de los enfoques sociológicos aplicados a la salud.

Dagfal y Vezzetti (2008) señalan,

Se acentúa un giro en la relación de las disciplinas médicas con los enfoques sobre la sociedad (...) las ciencias sociales adquieren una nueva autonomía y su creciente importancia corre paralela con la declinación del modelo biológico positivista (...) una dimensión preventiva de los malestares y los trastornos, en la selección de los soldados, la capacitación y la gestión de las relaciones humanas y grupales, en la situación global (pp. 2-3).

Y es que como refieren los autores, las enseñanzas de la psiquiatría de guerra fueron empleadas para construir un nuevo dispositivo teórico y tecnológico aplicado a las problemáticas de la vida social “las reacciones “anormales” ante las situaciones traumáticas de la guerra no diferían demasiado de las que podían emerger en las condiciones que una sociedad (la norteamericana en primer lugar) que presentaba evidencias de crisis y desajustes” (Dagfal & Vezzetti, 2008, p.3).

Así, los problemas se expresan en la educación, la crianza y la familia y se manifestaban en el aumento de la criminalidad, la violencia, el alcoholismo y en múltiples trastornos de la conducta, actitudes de discriminación, prejuicios entre otras (Dagfal & Vezzetti, 2008).

En consecuencia, como indican Dagfal y Vezzetti (2008), la idea de “normalidad” mental se pone en crisis dando lugar a una animosa preocupación por la higiene y profilaxis social, sumada a una defensa social contra los anormales (así entendido en este periodo el sujeto con padecimiento mental) y criminales. Por lo que también, se comienza a emplear prácticas terapéuticas no asilares destinada a enfermos leves como histéricos, algunos tipos de retraso mental, alcoholismo entre otros (Dagfal & Vezzetti, 2008).

En este marco el movimiento de la higiene mental encuentra su nacimiento institucional en Estados Unidos, el 6 de mayo de 1908 en New Haven, Connecticut. Sosteniendo como campo

de interés tres temas centrales: el primero fue el del “enfermo mental”, el segundo fue el de la deficiencia mental o debilidad mental, el tercer campo refiere a la psicopatología del crimen, la delincuencia y la criminalidad, y el cuarto lo constituía la higiene mental escolar (Vezzetti, 1978). Con respecto al primer campo este se orientó a una mejora de la situación de los sujetos padecientes internados junto con la creación de formas de asistencias para los sujetos con padecimiento mental leves que no precisaban internación. A fin de cumplir con ese propósito, bajo un modelo de medicina social general se procedió en desarrollar dispositivos como el dispensario, el consultorio externo y el hospital a puertas abiertas (Vezzetti, 1978).

En argentina este movimiento siguió la tradición francesa la cual se había desarrollado en el ámbito público, dentro del marco de los programas de las acciones del Estado, esta influencia francesa en la que podemos mencionar a la liga de higiene mental creada en 1920 por Toulouse, Joseph Briand y Georges Genil- Perrin y las publicaciones académicas por estos producidas, se debe a que la formación de los médicos argentinos seguían el modelo de la Facultad de Medicina de la Sorbona, en la cual la especialización en psiquiatría implicaba generalmente un viaje a Francia (Dagfal, 2015). Así, el 6 de diciembre de 1929 fue creada la Liga Argentina de Higiene Mental, entre sus fundadores se encontraba Gonzalo Bosch uno de los fundadores del Hospicio de San Buenaventura, actualmente Hospital José Tiburcio Borda de la ciudad de Buenos Aires. De esta manera, bajo el proyecto de puertas abiertas una de las instituciones que eran tomadas como ejemplo de los ideales de la higiene mental fue el Asilo Regional Mixto de Retardados de la localidad de Torres en el partido de Luján y la Colonia Nacional de Alienados “Ambas instituciones apoyaban su funcionamiento en una trilogía terapéutica que combinaba libertad, trabajo y bienestar físico y moral” (Dagfal, 2015, p.17).

En este contexto, como vemos hay una reorientación de la psiquiatría y del psicoanálisis a solucionar los problemas de la gestión de los sujetos en la dimensión individual y social, por lo que las prácticas desempeñadas en los hospicios comienzan a ser posicionadas desde el psicoanálisis, las ciencias sociales y por supuesto la psiquiatría arribando así a la salud mental (Dagfal, 2015). Un ejemplo de estas transformaciones acaecida en los agentes de salud mental y sus quehaceres, la podemos ver reflejada en Pichón Riviére psiquiatra, psicoanalista y psicólogo social quien en un primer momento componía parte de una élite médica unida a la higiene mental y a la reforma de la asistencia psiquiátrica, fundando luego, la asociación analítica más importante de Hispanoamérica la Asociación Psicoanalítica Argentina (Dagfal, 2015). Por otra parte, la experiencias que Pichón realizó en referencia a las terapias de grupo de las que podemos nombrar, sus trabajos en el hospicio con adolescentes psicóticos y la



experiencia de Rosario, dejan entrever la influencia de teorías psicoanalíticas y lagachianas, para concluir en una psicología social emparentada a las concepciones del movimiento de Salud Mental nacido gracias al impulso de una moral de cambio y libertad, apoyada en las aptitudes humanas de aprendizaje en los grupos, las instituciones y la sociedad en su conjunto (Dagfal, 2015).

Cambio, libertad y aprendizaje serán entonces algunas de las claves para comprender, de allí en adelante, la salud del hombre, quien, a la luz de las ciencias humanas, ya no podría ser considerado fuera de su contexto sociocultural. Y esto iba a aplicarse a todas las iniciativas “socio psi” (Dagfal, 2015, p.25).

Varios años más tarde, la investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto a la situación de la salud mental en Latinoamérica, en la que se visitaron los diferentes países miembros teniendo en vista los programas de salud mental existentes, los servicios de atención psiquiátrica y los programas de educación psiquiátrica, arrojó inevitablemente, debido a -como mencionamos en el apartado 2.1.1- la semejanza del estado de encierro y los modos de funcionamiento de los neuropsiquiátricos, con los campos de concentración nazi la necesidad de una reforma en la asistencia psiquiátrica (Galende, 2008). De esta manera, desde la OPS lanzó la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica que tuvo como punto de iniciación la Conferencia de Caracas, Venezuela, oficiada entre el 11 y 14 de noviembre de 1990. En esta establece que, los modelos clásicos manicomniales y las prácticas de tipo custodial no permiten alcanzar los objetivos de una atención comunitaria, participativa, descentralizada, integral y preventiva de lo sujetos con padecimiento mental, por lo que declaran 5 puntos a cumplir para esta propuesta, a continuación, mencionare 3 de ellos:

1. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la

promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:

- a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
- b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados,
- c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario; (Declaración de Caracas, 2008).

Esta misma declaración (Declaración de Caracas, 2008) en cuanto a los profesionales de la salud mental, propone:

- a) 5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración; (Declaración de Caracas, 2008).

Posteriormente, en el mes de septiembre del año 2001 se aprobó y discutió por el Consejo Directivo de la OPS una resolución y documento técnico en el que insta a los Estados miembros a:

\*incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública.

\*Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.

\*Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.

\*Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.

\*Desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.

\*Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas).

\*Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.

\*Promover la participación familiar y comunitaria (“[www.paho.org](http://www.paho.org), historia de la salud mental, s.f).

Así, entre el 5 y el 7 de noviembre de 2005 tuvo lugar en Brasil la “Conferencia regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, en esta se pone el foco en la reforma de los servicios y en la protección de los derechos humanos de los sujetos con padecimiento mental y establecen los Principio de Brasilia, estos son los principios rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (“[www.paho.org](http://www.paho.org), historia de la salud mental, s.f).

Como vemos el cambio de concepción del padecimiento mental que se sucede desde la higiene mental a la salud mental, está orientado a una mirada del sufrimiento psíquico compleja en donde se reconoce que la cualidad épocal, histórica, de contexto social, cultural son parte de las lógicas que rigen el funcionamiento mental, en tanto estas conforman normas que regulan el comportamiento y las formas de pensar de los sujetos. Al respecto (Galende, 2008) refiere

que a partir de estas el sujeto establece normas de valoración y significación que denotan la relación que estos tienen con las normas de su sociedad, consigo mismo y con las cosas de su mundo.

Así desde las concepciones de la salud mental, se plantea al sujeto con padecimiento mental como tal, y por sobre todo lo presenta en su complejidad, es decir ya no como anormal o enfermo mental. Su palabra adquiere valor en su sufrimiento, es un sujeto activo en su padecer, por lo que el quehacer dejará de ser unidireccional del agente de salud al sujeto padeciente, para pasar a un quehacer fundado en el trabajo conjunto, incluyendo a la comunidad como un factor importante y cuando no nodal en el tratamiento. En consecuencia, este trabajo conjunto incluye tanto al sujeto padeciente como a los agentes de salud en su pluralidad: los psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, asistentes sociales entre otros y la red comunitaria de cada sujeto padeciente. Esto se debe a que la concepción del padecimiento mental, del sufrimiento psíquico se sostiene como un proceso intervenido por diversas aristas, que no pueden nunca ser abordadas por una sola disciplina y un solo profesional, sino que devendrá el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Por lo que, a partir de esta concepción del padecimiento mental, siguiendo a Galende (2008) se busca una comprensión que parte de abandonar los modelos abstractos y absolutos “del pensamiento objetivo, redefinir bajo los criterios de la experiencia del hombre, mediante nuevos sistemas de referencia de tipo relativista, respetuoso de la complejidad de los fenómenos y de su conocimiento relativo” (p.40).

En progreso paralelo a lo que vengo describiendo, en 1952 se comienza a emplear una nueva herramienta en el tratamiento del padecimiento mental los psicofármacos. De estos podemos nombrar los fármacos neurolépticos como la Clorpromacina, la Reserpina y el Haloperidol utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia con agitación psicomotriz debido a sus efectos tranquilizantes y sedativos, los fármacos antidepresivos como Iproniazida, la Imipramina que siguiendo a Muños, Alamo y Cuenca (2000) “ Estos agentes inauguraron una nueva era en el tratamiento de la depresión, relegando a la electroconvulsivo terapia a unas indicaciones muy puntuales, como el riesgo suicida elevado, las depresiones delirantes o el estupor melancólico”(Sección Fármacos antidepresivos, parr.1). Y también, los fármacos ansiolíticos como el Meprobamato y el Clordiazepóxido utilizados en el tratamiento del insomnio, ansiedad etc. por sus efectos de relajación muscular, su acción de apaciguamiento y su acción anticonvulsiva (Muños et al., 2000). Esta nueva herramienta terapéutica tuvo implicaciones socio sanitarias, científicas y clínicas. Por un lado, desde un punto socio-sanitario la mejoría de los síntomas que produjeron los psicofármacos en los sujetos con padecimiento mental

institucionalizados posibilitó su incorporación en la sociedad, lo que puso en evidencia las consecuencias socioambientales del tratamiento asilar, en referencia a la carencia que presentaban los sujetos con padecimiento mental de redes sociales contenedoras, y la consecuente carencia y pérdida de estos en habilidades para la vida por lo que muchos de ellos terminaron en la indigencia viviendo en las calles (Muños et al., 2000). De esta manera el estado, se vio en la necesidad de implementar planes de acción comunitarias, sanitarias destinadas a lograr una reinserción del sujeto a la sociedad, que fueron impulsada principalmente por la higiene mental y la Salud Mental (Muños et al., 2000).

Desde el punto de vista científico posibilita las primeras hipótesis biológicas sobre la génesis del padecimiento mental, ya que los psicofármacos permitieron investigar el proceso neuroquímico que subyace a ciertos tipos de padecimiento mental generando así una teoría fisiopatológica de los mismos y por lo tanto dando lugar a la psiquiatría biológica (Muños et al., 2000). Hoy en día la psiquiatría biológica se compone de cuatro vertientes convergentes: el método anatómico clínico, el psicofarmacológico, el psico neuroendocrino, el neuro imagenología y la genética psiquiátrica (Espinoza, 2008).

Desde el punto clínico la introducción de los psicofármacos presentó un gran avance en el tratamiento de las depresiones, la esquizofrenia y trastornos de la ansiedad generalizada entre otros padecimientos. Sin embargo, los psicofármacos presentan ciertas dificultades en cuanto a: los efectos secundarios, la dependencia emocional y la adicción hacia estos (Espinoza, 2008). Con respecto a estas últimas dos consecuencias posibles en el consumo de psicofármacos, podemos atribuirlo en parte a el efecto temporal inmediato, o a corto plazo de estos en el cambio de un estado mental y corporal molesto a uno más agradable, por lo que, su consumo se presenta de una manera seductora para el consumidor y muchas veces para el contexto de este. De esta manera, se constituyen en una medida iatrogénica de costumbre social en la búsqueda del apaciguamiento de síntomas o malestares existenciales. Como por ejemplo lo vemos reflejado en el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2017, realizado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar, 2017), los resultados obtenidos indican que: un 15% de la población del país que representa a casi tres millones de personas consumió tranquilizantes o ansiolíticos alguna vez en su vida, de los cuales hay prevalencia en el consumo de benzodiacepinas en mayor medida Clonazepam 55,6% y Alprazolam 30,2%.

El inicio promedio de este consumo es de 25 años, en el cual 105.971 personas presentan un consumo sin prescripción médica durante el año 2016, y un 53% esta población se compone de jóvenes de 18 a 24 años, es decir componen más de la mitad del total de personas con

consumo sin prescripción médica (Sedronar, 2017). En cuanto al consumo de estimulantes o antidepresivos el estudio citado indicó que: el 1,3% de la población del país que representa a casi 240 mil personas consumió alguna vez en la vida estimulantes o antidepresivos, con una prevalencia de los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y del psicoestimulante metilfenidato (MFD), el inicio promedio de este consumo es de 19 años y 946 personas presentan un consumo sin prescripción médica durante el año 2016 (Sedronar, 2017).

En consecuencia, como vemos los psicofármacos son sustancias delicadas por lo que su utilización terapéutica debe tener un estricto monitoreo, acompañado de la psicoeducación menester ya que de esta manera se evitan sobredosis y efectos secundarios negativos. Así mismo, en el uso de esta herramienta terapéutica se debe tener en cuenta una mirada global e integral del padecimiento mental, para no caer en un reduccionismo biológico y conductual del padecimiento y del sujeto padeciente, ya que el enfoque de la psiquiatría biológica no puede dar cuenta del fenómeno humanista, colectivo y subjetivo. Por lo que es necesario el abordaje interdisciplinario ya que la práctica clínica, en el tratamiento del padecimiento mental tiene como horizonte la salud en los términos que la plantea las concepciones devenidas de las psicoterapias y la salud mental. Como hemos visto estas siguen los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (“[www.who.int](http://www.who.int), Salud mental: fortalecer nuestra respuesta” parr.1), en la que el sujeto es concebido como ente-bio-psico-social. Por consiguiente, si se procede en un reduccionismo ya sea biológico, sociológico o psicológico del padecimiento mental y los sujetos padecientes estaríamos incurriendo en un retroceso en la comprensión de este tramado complejo al que desde el área clínica se busca comprender a fin de propiciar herramientas terapéuticas acordes y efectivas, a los padecimientos mentales.

#### 6.1.2 DIMENSIÓN INSTITUCIONAL DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Describiremos la institución monovalente en su cualidad de institución total. Así en esta dimensión nos encontraremos con una descripción de las características que se desprenden de esta cualidad institucional. Dichas características son abarcadas a fin de visualizar los condicionamientos que estas tienen en el quehacer de los profesionales de la salud mental. Así como también las incidencias que acontecen en el rol designado para los sujetos con padecimiento mental que se hallan dentro de la institución, y en aquellos que se encuentran próximos a ingresar en calidad de internos, en el dispositivo de guardia de una institución monovalente. A este propósito se tomará la conceptualización que Goffman (2009) plantea como la carrera del paciente mental, en la etapa pre paciente, para referirse a la incursión de los sujetos con padecimiento mental por las instituciones monovalentes totales. Finalmente se procederá a una descripción de las instituciones monovalentes totales como dispositivos que producen procesos de desubjetivación en los sujetos que las habitan, sirviéndonos del planteo que Agamben (2011) nos proporciona a tal fin.

#### 6.1.2.1 LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PADECIMIENTO MENTAL

En el renacimiento la conducta de expulsión social hacia los sujetos con padecimiento mental culminó en la institucionalización de la locura esta fue parte de la masiva institucionalización social que ocurrió en el siglo XVII en donde, se fundaron hospicios como el Hospital General, la salpetriere y la Bicetre los cuales fueron dispuestos bajo una misma dirección para albergar a pobres, prostitutas, niños, enfermos, delincuentes, locos y todo aquel que necesitase un lugar en donde residir (Foucault, 1986). De esta manera, los hospicios cumplen una función de asistencia y organización social con una marcada tendencia al castigo y a la represión de los internos. Así nos lo significa Foucault (1986) al apreciar el funcionamiento de una de estas instituciones, “el Hospital General es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión” (p.39), es decir que, “En su funcionamiento, o en su objeto, el Hospital General no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y

burgués que se organiza en Francia” (p.39).

En consecuencia, los jefes de dirección de los hospitales generales eran el presidente del Tribunal de Hacienda, el presidente del Tribunal de Cuentas, el arzobispo de París, el teniente de policía y el Preboste de los mercaderes. En cuanto a la administración de estas instituciones se designaban con puestos vitalicios a los individuos más influyentes de la burguesía quienes, como señala Foucault y reafirmando esta cualidad de control hacia los sujetos en estas instituciones (1986), “Tienen todo poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción, sobre todos los pobres de París, tanto dentro como fuera del HôpitalGénéral” (p.39). Así pues, en estos hospicios la instancia médica se limita a un médico elegido por el director, en el cual su rol se ciñe a realizar dos visitas semanales para mantener cierto nivel de sanidad en los internos.

Por otra parte, en esta masiva institucionalización la iglesia, aunque excluida de la organización de los hospitales generales por la complicidad del poder real y la burguesía, juega un papel asistencial: procede en la distribución de bienes de sus fundaciones, la reforma de sus instituciones hospitalarias y en la creación de congregaciones con el mismo fin que el hospital general siempre bajo el mandato del rey (Foucault, 1986).

En esas instituciones vienen a mezclarse (...) los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir (Foucault, 1986, p.41).

Es decir que, en este fenómeno de reorganización social, se presentan prácticas en las que hay una intención de ayudar y asistir, y otra que obedece una lógica de castigo como nos ilustra Foucault (1986) “El clasicismo ha inventado el internamiento casi como la Edad Media ha inventado la segregación de los leprosos; el lugar que estos dejaron vacío ha sido ocupado por nuevos personajes en el mundo europeo: “los internados” (p.41). Así, esta institucionalización del padecimiento mental se alza sobre una percepción del hombre clásico en la que “Él organiza en una unidad compleja una nueva sensibilidad ante la miseria y los deberes de asistencia (...) a los problemas económicos del desempleo y de la ociosidad” (Foucault, 1986, p.43). En efecto, hay una nueva ética del trabajo en la que las obligaciones morales se confunden con las obligaciones civiles y constituyen “El ademán que, al designar el espacio de confinamiento, le ha dado su poder de segregación y ha concedido a la locura una nueva patria” (Foucault, 1986,



p.43). De esta manera lo que nos significa Foucault es que, con la institucionalización de los sujetos hay un cambio en la comprensión social de la miseria en donde esta es despojada de su positividad mística por un cambio en la percepción de la pobreza que afecta a la caridad. La pobreza deja de tener un sentido absoluto, es ahora entendida como un castigo de Dios ya que siguiendo a Foucault (1986) “La voluntad singular de Dios, cuando se dirige al pobre, no le habla de gloria prometida, sino de la predestinación” (p.44), esto es un reflejo de la actitud del hombre clásico que condena la miseria, condena al pobre porque ese es su castigo.

Consecuentemente la caridad no encuentra ya su valor en socorrer al pobre o en la persona que ejecute aquella acción, ya que no es la acción en sí la que justifica al hombre del pecado, sino que, en su hacer se encuentra la fe en Cristo y Dios (Foucault, 1986). Es decir que, la caridad cobra sentido en un nivel humano de indicación y testimonio para la fe. De ahí que en 1525 se exige transformar conventos en hospitales generales, por lo que los Estados y ciudades sustituyen en las labores de la asistencia a la Iglesia (Foucault, 1986).

Va a nacer una experiencia de lo político que no hablará ya de una glorificación del dolor, ni de una salvación común a la Pobreza y a la Caridad, que no hablará al hombre más que de sus deberes para con la sociedad y que mostrará en el miserable a la vez un efecto del desorden y un obstáculo al orden” (Foucault, 1986, p.45).

Así, desde este lugar en el que se realiza y concibe el internamiento, el sujeto interno es instalado en un lugar de culpabilidad y penitente por su condición que debe responder ajustándose a las normas del confinamiento con gratitud, los hospicios son una estructura semi jurídica que establecen a los sujetos internos primero como sujetos morales en donde como refiere Foucault (1986),

El internamiento queda así doblemente justificado en un equívoco indisoluble, a título de beneficio y a título de castigo. Es al mismo tiempo recompensa y castigo, según el valor moral de aquellos a quienes se impone. Hasta el fin de la época clásica, la práctica del internamiento será víctima de este equívoco; tendrá esa extraña reversibilidad que le hace cambiar de sentido según

los méritos de aquellos a quienes se aplique (p.47).

Por lo que,

La oposición de pobres buenos y malos es esencial para la estructura; y la significación del internamiento. El hospital general los designa como tales, y la locura misma se reparte según esta dicotomía, pudiendo entrar así, según la actitud moral que parezca manifestar, tanto en las categorías de la beneficencia como en las de la represión... Todo internado queda en el campo de esta valoración ética; mucho antes de ser objeto de conocimiento o de piedad, es tratado como sujeto moral (Foucault, 1986, p.47).

De manera que, bajo esta lógica, como podemos observar la institucionalización de los sujetos con padecimiento mental no obedece a un abordaje medicinal, sino, a una organización social con prácticas de índole punitivas, de castigo y penitencia con un fuerte valor moral, político y social en ellas.

#### 6.1.2.2 LA SINGULARIZACIÓN DEL PADECIMIENTO MENTAL

Como vimos en el anterior apartado, los sujetos padecientes de una enfermedad mental, se encontraban institucionalizados junto a otros sujetos por ser parte de la población marginal, sin embargo, estos se verán reorganizados a causa de las crecientes crisis económicas, el florecimiento cada vez más fuerte de la burguesía, el sistema capitalista y la industrialización. De esta manera la población marginal internada fue necesaria para el funcionamiento del nuevo sistema económico, ya que serán la mano de obra más accesible y conveniente para las industrias que más tarde se constituirán en el proletariado (Foucault, 1986).

Por otro parte, los sujetos con padecimiento mental no serán útiles para ese sistema, y el

estado se responsabilizará sobre ellos mediante su institucionalización. Además como refiere Foucault (2009), simultáneamente se crearon residencias exclusivas para estos con la particularidad de ser privadas, ya que no se contaba con la infraestructura edilicia para afrontar la división que se había efectuado entre pobres, enfermos, delincuentes y alienados. Particularmente para los alienados, estas residencias privadas manejadas por la burguesía y "asociaciones de amigos" surgían como un reaseguro social de quienes podían pagarla.

Aparecen incontables casas privadas en Alemania; cerca de Bremen, en Rockwinckel, se abre una casa en 1764, sostenida por un holandés; luego, en 1784, viene la fundación de Irrenhaus de Brieg en el Schelswig, que puede albergar 50 alienados...si no se construyen para los locos hospitales separados, se les hace un lugar aparte en los que ya existen; en Wurzburg ..., el príncipe-obispo de Schodieresisarrivanborn decreta en mayo de 1743 que los sujetos *delirantes et simul furiosi* serán internados en un área especial del hospital Julius, en tanto que los *placidi delirantes et non furiosi* permanecerán en las casas de internamiento de los distritos (Foucault, 2009, p. 71).

De esta manera y nuevamente, como consecuencia de un reordenamiento social político y económico, los sujetos padecientes serán individualizados y agrupados por su patología, "la locura". Una de las consecuencias de la individualización del padecimiento mental, consiste en la llegada de la instancia médica representada por la psiquiatría, esta fue presentando una serie de reformas en el tratamiento de los internos. En una primera etapa de esta reforma Philippe Pinel procedió en una mejora habitacional de los sujetos internos promoviendo cambios referidos a la higiene, la alimentación y vestimenta de estos, así como también algunas modificaciones arquitectónicas a fin de permitir la entrada de luz y aire de aquellas monumentales construcciones que contaban con un gran número de celdas dispuestas en largos pasillos y recubiertas por altos muros interiores y exteriores (Rivera, 1998). De igual manera en Inglaterra Connolly introduce la eliminación de todos los medios de coerción mecánicas que suplanta con el chaleco de fuerza y ligaduras de todo tipo, finalmente se comienza a dar mayor libertad a los internos estableciendo el principio de la vida común al suprimir el número de celdas (Rivera, 1998). Así en Escocia se produce una reforma iniciada por los alienistas en la

que se siguen estas implementaciones, de esta manera, hacia fines del siglo XIX el uso de estos tratamientos es encabezado por Alemania y numerosos países adoptaron en mayor y menor medida el sistema Open Door (Rivera,1998).

### 6.1.2.3 LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS EN ARGENTINA

En Argentina, como veremos a continuación, la implementación de los neuropsiquiátricos en tanto modo de abordaje del padecimiento mental, sigue las mismas vicisitudes que Europa. En un principio en nuestro país no existían los neuropsiquiátricos, el destino de los sujetos con padecimiento mental consistía en el encierro aunque este variaba según su estatus social, si pertenecía a la clase española acomodada estos eran encerrados en celdas de conventos destinadas a tal fin, si pertenece a la población marginal negros, mulatos o perteneciente a los pueblos originarios estos asistían a sus curanderos en donde se realizaban ritos mágicos-religiosos, aunque si estos presentaban un disturbio público se los encerraba en el cabildo recibiendo tratos de disciplinamiento mediante duchas y golpes (Vezzetti, 1978). Este trato se sostuvo con una modificación cuando, a mediados del siglo XVIII el hospital San Martín situado en lo que actualmente es la provincia de Buenos Aires, destino en un anexo llamado “el loquero” en el cual se albergaba a los sujetos con padecimiento mental, inválidos, crónicos, mendigos etc. mandados por las autoridades municipales. Así nos lo expresa Vezzetti (1978)” El “loquero” era un rancho apartado de la sala de enfermos, y en él los internados estaban peor que en la cárcel del Cabildo” (p.4). En este anexo los sujetos con padecimiento mental eran tratados con violencia bajo una estricta supervisión, y se destina como medida tratamiento emplearlos como sirvientes y enfermeros, de lo contrario se los mantenía encerrados.

Este hospital en un principio estuvo bajo la administración de los Jesuitas y luego con la expulsión de estos, la administración y dirección del lugar fue arribada por los monjes Betleheimitas bajo la denominación Santa Catalina. Los sujetos que se encontraban internos allí fueron trasladados luego a la residencia de Belén, en esta había una chacra que se denominó “la Convalecencia” que servía para alojar a enfermos en recuperación ya que el Hospital Santa Catalina se destinó a internar casos agudos (Vezzetti, 1978). De esta manera el Hospital de la

Convalecencia que recibió alrededor de 1800 la nominación del Hospital General de Hombres siguiendo con la implementación acaecida en Europa ya que en este se internaba a incurables, sujetos con padecimiento mental, y contagiosos por igual. Así, Santa Catalina, la Residencia y la Convalecencia eran las instituciones religiosas que desempeñan las funciones sanitarias públicas y privadas de aquella época (Vezzetti, 1978).

Por otra parte, ya que los Betlemitas solo aceptaban hombres en 1774 se crea el Hospital de Mujeres. En un principio esta construcción fue llevada a cabo por una congregación de laicos llamada Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo fundada en 1727 con el fin de enterrar a las víctimas que se cobró la epidemia acaecida durante ese mismo año, tiempo después uno de sus integrantes daría formación al hospital de Mujeres constituyéndose en su capellán y administrador (Vezzetti, 1978).

Con Bernardino Rivadavia la vida pública adoptó un carácter trascendental en referencia a los hospitales ya que estos comenzaron a tener una administración civil. Estos se encontraban dirigidos por la recién fundada Escuela de Medicina en 1821. Así en 1882 se sugiere el cierre del Hospital Santa Catalina interviniendo en la administración de los betlemitas, los médicos asumirán el rol de examinar a todos los sujetos sometidos a acción judicial y policial; como así también tendrán gran protagonismo las sociedades de beneficencia fundadas y apoyadas por la iniciativa de Rivadavia (Requiere, 2000). Si bien este es un adelanto en cuanto al proceso de secularización de la vida pública en lo referente a la salud, esta se vio interrumpida durante el gobierno de Rosas en donde se retrocedió a una organización clerical y conservadora (Requiere, 2000).

Así mismo las instituciones psiquiátricas, al estar bajo la incipiente mirada médica que iba gestándose en nuestro país seguirán las directrices de la influencia europea como se refirió en el apartado nº 6.1.1.3. En consecuencia, las formas de intervenir seguirán estando guiadas en gran parte por el ideal de el hombre moral, la construcción de un buen ciudadano y la defensa de la raza nacional, un claro ejemplo de lo expuesto nos lo brinda Vezzetti (1978) al referir cómo era percibida la situación de los sujetos padecientes en aquella época, en donde la similitud con la construcción de los Hospitales Generales europeos es indiscutible.

La locura(...) las distintas formas de conductas anómalas y sobre todo ociosa comienza a ser definida (...) como un desorden público que afecta la capacidad de integración a las exigencias económicas y políticas de la sociedad civil. La reclusión proporcionalmente no muy numerosa, va a juntar locos, inválidos y

marginados (p.5).

De esta manera los médicos presentaban proyectos de mejoras edilicias debido a que el hacinamiento hacía imposible el control de los “excesos” que presentaban los internos, alegando también que la no resolución de los sujetos crónicos era uno de los mayores inconvenientes. Así en 1859 el legislador y doctor Ventura Bosch encarga la construcción de un hospicio para enfermos a el presbítero G. Fuentes cura de la parroquia de San Miguel. Este hospicio se llamó Hospicio San Buenaventura iniciando su funcionamiento el 11 de octubre de 1863, en donde actualmente funciona el Hospital Rawson de Buenos Aires (Vezzetti, 1978). En referencia al trato que se dispensaba en este hospicio podemos decir que el médico asistía en el día, todos los días de la semana y por la noche se marchaba a su casa, es entonces que los trabajadores y enfermeros aprovechaban para encerrar a los internos en sus habitaciones para marcharse y regresar antes que el médico asistiera al día siguiente. De esta manera nos lo representa Meléndez y Coni en el siguiente testimonio “Es duro decir que la asistencia médica no era posible. En tal situación las prescripciones del médico estaban de más, puesto que no quedaba ningún empleado o enfermero para llenarlas” (Vezzetti, et al., 1978, p.7). y continúa expresando en referencia al crudo trato que recibían los internos “Durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran víctimas contra quienes se ensañaron los rudos e inhumanitarios asistentes que parecían rentados para cometer actos de crueldad” (Vezzetti, et al., 1978, p.7). Ante estos hechos el director de la institución el Dr. José María Uriarte resolvió quedarse por la noche para moralizar y disciplinar al personal, aunque este centro sus esfuerzos en la expansión edilicia del hospicio ya que la cantidad de internos iba en aumento (Vezzetti, 1978). En 1873 este Hospicio recibió la nominación de Hospicio de las Mercedes que conservó hasta 1949 cuando se lo llamó Hospital Nacional Neuropsiquiátrico De Hombres y en 1967 recibe su actual nombre Hospital Psico asistencial José Tiburcio Borda.

Por otra parte, como habíamos referido anteriormente la implementación de asociaciones de beneficencia civiles tuvo un gran protagonismo en la asistencia a los sujetos con padecimiento mental, particularmente en la provincia de Córdoba de la mano de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, la cual brindó asistencia desde 1870 a 1916 (Ferrari, 2010). En esta provincia las tres grandes asociaciones filantrópicas fueron: La Sociedad de San Vicente de Paúl, las Damas en la Caridad y La Sociedad de Beneficencia, esta última se hizo cargo de los sujetos con padecimiento mental de manera gradual con el pedido de la intervención estatal en el aspecto económico, en cuanto a los aspectos administrativo y técnicos en la atención de los sujetos con padecimiento mental presentaban autonomía hasta que, en 1911 el Poder Ejecutivo

eleva el proyecto de la Ley 1911, en la cual establece una regulación a las sociedades de beneficencia, de esta manera estas sociedades comienzan a depender del poder Ejecutivo a partir de un ministerio (Ferrari, 2010). En 1890 Augusto López dona un terreno el que edifica el Asilo de Dementes, este constaba de un salón dormitorio sin baños con patios y galerías que funcionan como comedor. Con respecto a este asilo su objetivo era filantrópico y no médico al igual que en el “loquero” de Buenos Aires contaba con algunos médicos ninguno especialista en psiquiatría. Este asilo era exclusivo para mujeres ya que los hombres eran tratados en sus hogares o enviados a Buenos Aires (Ferrari, 2010).

Continuando, como mencionamos en el apartado nº 6.1.1.3 el movimiento de la higiene mental tuvo un pronunciado impacto en Argentina, de esta manera el Doctor Domingo Cabred director del Hospicio de las Mercedes incurre en una serie de gestiones gracias a las cuales se impulsa la creación de asilos bajo el sistema Open Door., dentro de este proyecto se creó el “Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva”, inaugurado en 1914 en la provincia de Córdoba, siendo el primero de nuestra provincia, mixto y el más grande del país (Vanadia & Rodríguez, 2019). Las instituciones nacidas de este proyecto dispensaban una terapéutica que seguía las líneas de la higiene mental y el sistema Open Door: mayor libertad a los pacientes, la implantación de una rutina estandarizada para la formación de hábitos de la vida diaria, laborterapia entre otras, aunque, la falta de organización, políticas y fondos proveída desde el Estado llevaron a estas instituciones a la decadencia estructural progresiva (Vanadia & Rodríguez, 2019). Esta es una realidad que se observa en las diferentes investigaciones realizadas al respecto como podemos nombrar “Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos ” realizado por el Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en este se constata y documenta - hasta el año 2007- la violación de los derechos humanos acaecidas en aproximadamente 25.000 personas que habitaron y habitan estas instituciones, registrando la deplorables e insuficientes condiciones de higiene, asistencia, tratamiento médico, infraestructura entre otras, así como la inexistente supervisión y revisión por parte del Estado de las condiciones de estas instituciones. Este informe registra también hechos de abuso y negligencia institucional, documentando casos de personas que han muerto incineradas en salas de aislamiento, la privación sensorial de estos internos a través de largos periodos de aislamiento en celdas, así como actos de violencia física y sexual. También cabe mencionar el libro “Un estado de locura” en la que se relata el recorrido de la legisladora Liliana Montero durante el año 2012 por las instituciones de salud mental públicas de la provincia de Córdoba exponiendo la ocurrencia similar de las situaciones y condiciones expuestas en el informe citado anteriormente. A modo de ejemplo traigo un

fragmento del paso de Liliana por el Hospital Colonia Vidal Abal ex Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva,

El escenario es peor que Punilla y el IPAD. (...) Lo que se ve no pide permiso, no hay tabúes ni pudor. Al fondo de los pasillos de los hospitales puede haber un sótano de aguas servidas, un criadero de ratas o una habitación de aislamiento donde un interno yace desnudo sobre un colchón tirado en el piso (p42).

Prosiguiendo, a partir de 1930 se comienza a gestar la idea de un nuevo concepto de estado en donde éste debía asumir la responsabilidad de la asistencia médica de los ciudadanos, por lo que se empieza a desplazar a las sociedades de beneficencia, de esta manera en 1943 se decretó la Dirección Nacional de Salud Pública dependiente del ministerio del interior y en, mayo del mismo año se procede en la creación de la Secretaría de Salud Pública en categoría de Secretaría del Estado. Finalmente, en octubre de 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental dependiente del ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (Ferrari, 2010). Este último fue fundado teniendo en cuenta las reglamentaciones más modernas y avanzadas en salud mental, así como las sugerencias y recomendaciones de la OMS abarcadas en el apartado n° 6.1.1.3. De esta manera se incurrió en el impulso e incentivo de la creación de servicios de psicopatología en hospitales generales, en centros periféricos de Salud Mental y la creación de centros de salud independientes, es decir privados como es el caso de la institución Clínica Privada Saint Michel, en apartado n° 2.2 se describe de manera detallada a la misma.

Por último, cabe señalar la reforma legal que se produce a partir del estado de abandono y precariedad de las instituciones psiquiátricas nombradas anteriormente, se procede en la creación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada el 25 de noviembre del año 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. En lo referente a las instituciones psiquiátrica está la prohíbe la creación de hospitales monovalentes o instituciones de internación monovalentes públicas o privadas y la reforma de los existentes a las nuevas disposiciones establecidas en dicha ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos como la formación de casas de medio camino y la atención e internación si fuese necesario en hospitales generales.

Según los datos proveídos por el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental en el ámbito público y privado (2019), existen en Argentina 162



instituciones con internación monovalente en salud mental registradas en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES). De estas 41 pertenecen al sector público y el 75% pertenece al ámbito privado. La cantidad de persona censadas en total fue de 12.035 en la que se observó una homogeneidad en la distribución de estas en las instituciones públicas y privadas. Actualmente en Córdoba según los datos provistos por el (REFES) hay 14 instituciones de Salud mental con internación, de las cuales 10 pertenecen al ámbito privado y 5 al ámbito público.

#### 6.1.2.4 LA CLÍNICA MONOVALENTE, UNA INSTITUCIÓN TOTAL

En este apartado puntualizamos por un lado las características de la clínica monovalente como institución total, a fin de ilustrar los condicionamientos que esta supone sobre el quehacer y rol de los profesionales de la salud mental, y del rol, en el que sitúa a los sujetos padecientes internos. Primeramente y con el objeto de situarnos de manera más clara, desde una aproximación sociológica se define institución a el conjunto de normas, costumbres y valores que con una eficacia diversa regulan y definen de manera duradera, indistintamente de la identidad de las personas individuales y generalmente más allá de la vida de estas, los comportamiento y conductas.

Las i. son conjuntos normativos que regulan y prescriben las formas de comportamiento y de conducta según las situaciones, reduciendo drásticamente las alternativas abiertas al sujeto respecto de las posibles en abstracto; los comportamientos y las conductas (secuencias de acciones y comportamientos incluso privados) así regulados se refieren en general a problemas relevantes de la existencia social; y en consecuencia toda la sociedad (Gallino, 2005, pp.534-537).

Así que, cuando decimos que la una clínica monovalente es una institución, entendemos que está es un conjunto normativo dotado de valores y costumbres, cuyo objetivo radica en indicar y regular las conductas de los sujetos con padecimiento mental internos, más allá de la voluntad individual de estos. Esto se debe a que las clínicas monovalentes, como hemos visto en los anteriores apartados que componen la dimensión institucional del quehacer de los profesionales de la salud mental, son una forma de organización social respecto a la problemática del tratamiento de los sujetos con padecimiento mental, del tratamiento de la salud mental de los sujetos que componen dicha sociedad. De esta manera, el aislamiento y la institucionalización materializados en las clínicas monovalentes han sido casi la única manera de abordar a la salud mental y a los sujetos con padecimiento mental, así las clínicas monovalentes en tanto instituciones -como nombramos en un principio- son preexistentes a los sujetos que por ella transitan por lo que, “cada individuo, desde su nacimiento, se encuentra frente a las instituciones de su sociedad como una realidad preconstituida, totalmente independiente de su presencia y voluntad, que tiene la fuerza constrictiva de una realidad material ”(Gallino, 2005, pp. 534-537).

Otro rasgo institucional que presentan las clínicas monovalentes, es el de pertenecer a la categoría de instituciones totales. El término de institución total fue acuñado por Erving Goffman (2009) para referirse a “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.15).

Esta definición plantea varias aristas- que inciden en el que hacer y rol de los profesionales de la salud mental y del rol de los sujetos padecientes en tanto internos- que trataremos a través de tres características de las instituciones totales. Siguiendo a Goffman (2009) comenzaremos por la primera esta consiste en que, “todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única” (p.21). Con respecto a ella la implicancia fundamental que tiene es la de producir una irrupción en la separación de los ámbitos de acción del sujeto padeciente interno, con esto nos referimos a que, en la sociedad moderna como un ordenamiento social básico, hay una separación de ámbitos en las actividades referidas al trabajar, descansar y jugar. Dicha separación permite que el sujeto desempeñe diferentes roles, ya que son diferentes los lugares físicos en los que se sitúan las actividades, así como las coparticipaciones del sujeto y las autoridades de cada ámbito, es decir que, no hay un plan racional amplio que englobe a las tres actividades juntas (Goffman, 2009). Por el contrario, las clínicas monovalentes son instituciones a puertas cerradas, es decir, que toda la vida del sujeto

padeciente interno transcurre restrictivamente dentro de esa institución, en donde la circulación de estos se encuentra limitada físicamente por puertas y muros, bajo una sola autoridad y bajo una única estructura organizativa, es decir, las regulaciones establecidas por la institución.

En este sentido, el quehacer de los profesionales de la salud mental se ve condicionado en tanto se debe orientar, en parte, a garantizar la adaptación del sujeto padeciente, a las normativas de la clínica monovalente, ya que, este tipo de institución tiene como fin la reforma, reeducación y readaptación de los sujetos internos.

En cuestión de normas y derechos, el personal tiene obligaciones precisas cuyo cumplimiento se encargan de recordarle, no solo sus superiores jerárquicos inmediatos dentro de la institución, sino los diversos organismos de control de la sociedad en general, y a menudo hasta los parientes de los internos (Goffman, 2009, p.87).

La segunda característica de la clínica monovalente como institución total consiste en que, “cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas” (Goffman, 2009, p.21-22). De esta característica se desprenden por un lado un efecto que Goffman denomina como exposición contaminadora la cual constituye una forma de flagelación al yo del sujeto padeciente interno. Es decir que la privacidad deja de ser una condición del sujeto padeciente interno ya que la intimidad, en términos de lo que se escoge no mostrar, queda expuesta por las condiciones estructurales como compartir habitación, baño, comedor, espacios de recreación etc. Por otro lado, se produce una uniformidad en el trato hacia los sujetos padecientes internos, por parte de los profesionales de la salud mental. Esto se debe al requisito conductual demandado por la institución, de que todos los internos se comporten de igual manera en cuanto a la realización de las actividades estipuladas, sin importar las características individuales de cada sujeto como la edad, el género, el tipo de patología, o el estatus social.

De esta manera, el sujeto padeciente interno es puesto dentro de la categoría general de paciente mental, su rol se ceñirá entonces, a comportarse según lo que la institución espera de dicha categoría,

El esquema interpretativo de la institución total, empieza a operar apenas

ingresa el interno, ya que el personal piensa que el ingreso demuestra a *prima facie* que el recién llegado tiene que ser el sujeto especialmente previsto en los fines de la institución (Goffman, 2009, p.94).

De ahí que “obligado a la vez a controlar a los internos y a defender a la institución en nombre de sus fines declarados, el personal recurre entonces al tipo de identificación omnímoda del interno que lo hace posible” (p.95).

Con respecto a la tercera característica está indica que,

Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios (Goffman, 2009, p.22).

Como vemos en esta característica, dentro de la clínica monovalente hay una regimentación de la vida de los sujetos padecientes internos, que consiste en una rutina estructurada de horarios y protocolos en tanto que es la manera de organizar la satisfacción de las necesidades como la alimentación, el descanso, la higiene, las actividades terapéuticas, el tiempo libre, las visitas etc. llevadas a cabo por un cuerpo de funcionarios, en el caso de la clínica monovalente este lugar se ve ocupado por los profesionales de la salud mental que allí trabajan.

Estas tres características de la clínica monovalente en tanto institución total condicionan y disponen el quehacer de los profesionales de la salud mental, desde un punto puramente institucional. En el cual, el sujeto padeciente interno es compelido a ocupar un rol correspondiente con la categoría de paciente mental, debiendo adaptarse a la estructura organizativa de la institución.

#### 6.1.2.5 EL DISPOSITIVO DE GUARDIA EN UNA CLÍNICA MONOVALENTE

El término dispositivo es tomado aquí en su sentido foucaultiano, afín de exployar este sentido tomaremos la lectura que nos acerca Fanlo (2011) de la descripción que Foucault hace de este término en una entrevista realizada en 1977, debemos tener en cuenta que esta es una descripción y no una definición explícita del significado que él le asigna al término dispositivo, ya que, en su obra este pertenece a los términos “universales” y como ilustraremos a continuación, el término dispositivo puede ser empleado como un concepto general, para designar instituciones, disposiciones arquitectónicas (panóptico), procedimientos, reglamentos, artefactos, formas de subjetividad y discursos (Fanlo, 2011).

Cómo es esto posible, pues bien, siguiendo a Fanlo, (2011) en la entrevista nombrada se presentan tres niveles de problematización con respecto a el término dispositivo:

El primero hace referencia a **que es un dispositivo**, en este sentido Foucault plantea que el dispositivo es una red que tiene la cualidad de ser un conjunto heterogéneo, es decir, que está formado por elementos de diferentes clases o naturalezas. Así, tenemos esta red compuesta por (como se citó en Fanlo, 2011) “los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (p.1).

Es decir que, es un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente todas las cosas sean estas discursivas o no, incluye lo dicho y lo no-dicho. En este sentido, la guardia de una clínica monovalente en tanto dispositivo, constituye una red de relaciones entre elementos heterogéneos que lo constituyen y atraviesan; como la disposición arquitectónica y estética que se pueden ver en el apartado nº 2.2 en la descripción de la misma, las reglamentaciones legales expuestas en el apartado nº 6.1.3.4 e institucionales, los discursos que dentro de él circulan como posicionamientos teóricos, en este sentido la guardia se compone por profesionales que presentan un posicionamiento teórico biologicista y psicoanalítico del padecimiento mental, los discursos filosóficos, personales e institucionales, que son asimilados y reformados por los sujetos que allí circulan, es decir, en este caso por los profesionales de la salud mental, los usuarios de salud mental, el personal de administración, el personal de seguridad, el personal de mantenimiento, el personal de limpieza etc.

El segundo nivel de complejidad hace referencia a **la naturaleza de esa red**, es decir, la naturaleza del vínculo entre esos elementos heterogéneos. Cómo expresa Foucault (como se citó en Fanlo, 2011) “lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos” (p.1). Esta naturaleza del vínculo alude a que, entre estos elementos discursivos o no “existe como un juego de los cambios de

posición, de las modificaciones de funciones que pueden, estas también, ser muy diferentes” (p.1). Es decir que, en esta vinculación entre estos elementos heterogéneos se produce una ampliación, modificación de la función que explícitamente (o no) cumplen. Por ejemplo, en referencia a la guardia en tanto dispositivo podemos pensar, cómo se relacionan las disposiciones arquitectónicas de la misma con la concepción de salud mental -en el sentido expuesto en el apartado nº 6.1.1.3- así como también, podemos pensar en el contraste que esta disposición arquitectónica produce- en tanto que la institución no deja de ser una clínica monovalente privada a puertas cerradas- en referencia a las disposiciones legales vigentes. De esta manera, la función que cumple más allá de la de constituir una edificación, puede ser la de mostrar una adaptación a las nuevas reglamentaciones legales, que se manifiestan en una estética particular, o es la fachada que permite el sostenimiento de las prácticas asilares en salud mental, o tal vez estas coexisten.

Así mismo, podemos pensar que la guardia es la puerta de entrada para un particular sector de la población que tiene acceso al sistema de salud privado, quizás estas disposiciones arquitectónicas y estéticas tan diferentes de la parte más antigua de la clínica este destinada quizás a representar un ambiente de apertura, espacio, muy distinto del que se presentan comúnmente en los neuropsiquiátricos argentinos como vimos en el apartado nº 6.1.2.3, aunque también, sin embargo, podemos pensar que esta guarda relación con su calidad de sistema hospitalario privado, por lo que también esta es una empresa que sigue estándares de calidad y publicidad, por ejemplo. Lo que quiero significar con estas posibilidades de variación en la funcionalidad de un elemento heterogéneo -aquí la disposición arquitectónica de la guardia de la clínica monovalente privada Saint Michel- es que, algo que pertenece a una disposición edilicia deja de tener una función puramente edilicia, pasando a tener una función que justifican el desempeño de ciertas prácticas, o el ocultamiento de otras prácticas bajo esa función, es decir, la posibilidad de dar acceso a un nuevo campo de racionalidad que el dispositivo nos deja intuir.

Así, en el dispositivo se manifiestan discursos, prácticas discursivas y no discursivas que se hallan en el mundo entendiendo este desde la noción que plantea Heidegger en “Conceptos fundamentales de la metafísica” (como se citó en Monteverde, 2010),

El hombre no sólo se considera un fragmento del mundo que sucede dentro de él y que conjuntamente lo constituye, sino que el hombre está frente al mundo.

Este estar en frente es un tener el mundo como algo en lo que el hombre se mueve, con lo que se confronta, que él domina y de lo que se sirve y a lo que al mismo tiempo está abandonado ( p.2).

Es decir, el mundo definido como un espacio semántico que emerge desde la experiencia y a partir de donde se forja la experiencia humana (Monteverde, 2010). De esta manera los seres humanos configuramos un mundo, ya que a diferencia de los animales no nos encontramos fijados y absortos en el presente, en las actividades automáticas del círculo del hacer, sino que somos un ser previsor que apunta al futuro e imagina un mundo más allá de su experiencia (Monteverde, 2010). De allí que la guardia de la clínica monovalente privada Saint Michel en tanto dispositivo nos permite inteligir los discursos, las prácticas discursivas y no discursivas que acontecen en él, en un momento y periodo particular y singular.

El tercer nivel de complejidad alude a que el dispositivo **es una respuesta a una urgencia que se presenta en un determinado momento histórico**, por lo cual se puede precisar espacial y temporalmente ya que dispositivo no es algo abstracto. Este se hace inteligible al establecer sus condiciones de aparición que, en tanto acontecimiento, modifica un campo previo de relaciones de poder (Fanlo, 2011).

De esta manera, con respecto a las instituciones monovalente privadas como hemos ilustrado en los apartados nº 6.1.2.1, 6.1.2.2 y 6.1.2.3 su formación y nacimiento devienen de la problemática social presentada en referencia a que hacer con los sujetos con padecimiento mental, la forma que se instrumentó socialmente para el tratamiento de la salud mental en el cual, como ya hemos nombrado, hay un sometimiento del sujeto padeciente a través y por la institucionalización en instituciones totales monovalentes. Consecuentemente como hemos ya referido en el apartado 6.1.2.3 en nuestro país, debido también a la sostenida tendencia que el estado ha mostrado en cuanto a la carencia de recursos y políticas destinadas a la salud mental, las instituciones totales privadas monovalente a puertas cerradas constituyen un 75% del total de instituciones de asistencia y atención de la salud mental (Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, 2019).

Con respecto a la guardia esta responde a una función estratégica, como uno de los dispositivos de una clínica monovalente, en tanto institución de salud mental, que consiste en la atención de los usuarios de salud mental, que por lo general suelen encontrarse en un estado de crisis y/o urgencia. En este dispositivo se confluyen quehaceres que exceden al ámbito

terapéutico y obedecen a disposiciones institucionales, diferentes concepciones del padecimiento mental, disposiciones legales que regulan las maneras de hacer de los profesionales de la salud mental, y se inscriben en una relación de poder que acontece entre los sujetos que allí habitan que como veremos será articulado en el apartado sistematización de la experiencia.

Con respecto a las relaciones de poder, estas definen al dispositivo como tal ya que el dispositivo siguiendo a Agamben (2011) “siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder” (p.250). A este respecto podemos decir que la clínica monovalente es un dispositivo de control y atención de los sujetos con padecimiento mental, en tanto esta posee la cualidad de ser la institución fundada para tal fin como lo puede indicar su cualidad de puertas cerradas. También podemos decir, que las relaciones de poder/saber se juegan dentro del dispositivo de guardia de la clínica monovalente en tanto que, la relación de atención profesional de la salud mental-usuario de salud mental se presenta con una disimetría de poder, en tanto las condiciones y roles de los profesionales de la salud mental y de los usuarios no son horizontales, aunque, estos pueden cambiar según la dinámica que se presente en dicha relación de atención. Por lo que, siguiendo a Agamben (2011) “el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber” (p.250), entre los sujetos que se encuentren allí involucrados.

Hemos llegado en el recorrido de este término a un punto que resulta clave para comprender la importancia de esta conceptualización respecto al eje de este trabajo, y es que los dispositivos producen subjetividad y, como se verá en el siguiente apartado, también estos producen desubjetivación en los sujetos que por ellos pasan.

Si entendemos que los dispositivos son la red en tanto relación, vinculación, articulación, interrelación de elementos heterogéneos, de prácticas discursivas y prácticas no discursivas inscritas estas mismas como estrategias de relaciones de fuerza de saber/poder que sostienen, y son sostenidas por ellos, y que emergen como formación de respuesta ante una urgencia de carácter social, que se puede situar temporal y espacialmente (Fanlo, 2010). Entonces, podemos decir siguiendo a Fanlo (2011), que los dispositivos constituyen a los sujetos en tanto inscriben una determinada forma y modo de ser en el cuerpo de los individuos que por ellos pasan. Es decir, que los discursos al hacerse prácticas a través del pasaje de los individuos por los dispositivos, inscriben un conjunto de praxis saberes e instituciones con el objetivo de gobernar, administrar, controlar y orientar a los individuos así devenidos sujetos, con el fin de darle un sentido que se supone útil a los pensamientos, gestos y comportamientos de los sujetos en el mundo (Fanlo, 2011). En efecto la cualidad de cómo se desarrolla una consulta por guardia



responde a la manera en que dicho dispositivo inscribe que debe de ser, esto incluye tanto el accionar de los profesionales, de los sujetos padecientes, de los familiares o acompañantes de este, del personal administrativo y de cada individuo que pase por este dispositivo. En otras palabras, nuestro accionar, pensamientos y gestos se encuentran en gran medida condicionados, sujetos a los efectos de poder/saber que este dispositivo nos inscribe. De esta manera observamos algo muy curioso en un lugar que se supone se confina a la locura, los sujetos con padecimiento mental siguen un mismo procedimiento conductual compartido a saber, entran en la guardia, se registran o son registrados en el turnero por el personal de administración y esperan sentados parados inquietos o tranquilos en la sala de espera hasta que el profesional los llama. Así como también si la consulta corresponde al internado, los sujetos padecientes buscan un lugar para sentarse ya sea una cama, un banco o el piso y conversar con el profesional a quien siempre tratan de usted. Por parte de los profesionales se observa una sucesión de pasos en la atención, que podemos observar en el apartado 7.1 en la descripción de la misma, si la urgencia se presenta por la guardia externa o interna se busca mantener la presencia de los enfermeros, comenzar por el diálogo y luego por la medicación de un tranquilizante inyectable. Es decir que, aunque varíe el espacio físico de atención el protocolo, por decirlo de alguna manera, de cómo actuar en el dispositivo de guardia mantiene constantes ciertas variables tanto en los profesionales como en los sujetos padecientes, que se encuentran en tensión y reformulación, pero se mantuvieron en el momento de la práctica realizada.

De esta manera, si queremos conocer la subjetivación que producen estos dispositivos, entonces hay que fijar la mirada en las relaciones de poder y configuraciones del saber que hacen posibles determinados efectos de verdad y realidad, en que los individuos quedan sujetos. A este propósito se dedica el siguiente apartado en el cual también se tomarán conceptos de Goffman (2009) y la lectura de Agamben (2011) respecto a la desubjetivación que pueden provocar los dispositivos. Finalmente,

El dispositivo es el espacio de saber/poder donde se procesan tanto las prácticas discursivas como no discursivas (...) las formaciones discursivas producen los objetos de los que hablan (dominio de la arqueología del saber) en tanto los regímenes de enunciación organizan las posibilidades de la experiencia (genealogía del poder) de acuerdo a unas condiciones de posibilidad que se definen en la historicidad (a priori histórico) del acontecimiento (Fanlo, 2011,

p.4).

Es decir que el saber y poder son elementos constituyentes de las prácticas sociales y deben ser explicadas en su relación atendiendo a su singularidad.

En referencia a la guardia podemos decir de modo sucinto, que los individuos -como los profesionales de la salud mental, usuarios de salud mental y familiares de estos- son sujetos a, por ejemplo, una concepción de la salud mental positivista y también las devenidas de la salud mental integral, así como también en la arquitectura y estética de la guardia como espacio de recepción de usuarios en situación de urgencia y/o emergencia de esta clínica monovalente que estamos estudiando.

#### 6.1.2.6 LA ETAPA PREPACIENTE: SUS IMPLICANCIAS EN EL QUEHACER DEL EQUIPO DE GUARDIA DE UNA CLÍNICA MONOVALENTE

El usuario de salud mental que recurre a la guardia en busca de atención se encuentra, como sujeto padeciente en un estado de crisis y/o urgencia, en el cual, además, incursionará en su paso por la guardia, en lo que Goffman (2009) denomina como la carrera de paciente mental, en tanto este quede interno dentro de la institución.

Esta carrera se divide en tres etapas, la etapa pre paciente, está en el neuropsiquiátrico y etapa de paciente, aquí puntualizamos la etapa pre paciente en el dispositivo de guardia y a partir de esta, señalare el desarrollo del quehacer de los profesionales de la salud mental.

Comenzaremos por el término de carrera del paciente mental, este es utilizado por Goffman para referirse propiamente a la trayectoria que recorre un sujeto con padecimiento mental una vez que ingresa a un neuropsiquiátrico y/o clínica monovalente, como es que, el paso por una institución total como el neuropsiquiátrico y/o una clínica monovalente afectará su destino social entrando en la categoría de paciente mental. Y en este sentido “la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás” (Goffman, 2009, p. 135). Dentro de estas instituciones, como

ya nombramos en el apartado anterior, esta categoría hará que se lo considere y se espere de él ciertos modos y conductas, introduciéndolo en una modalidad de comportamiento que compartirá con los demás sujetos internos más allá de su patología, sexo o edad.

Testimonia el poder de las fuerzas sociales que el estatus uniforme de paciente mental pueda, no solo asegurar a un agregado de personas un destino común...sino que esta reelaboración social pueda efectuarse sobre la diversidad acaso más irreductible de materiales humanos que una sociedad es capaz de reunir (Goffman, 2009, p.137).

Así, bajo la categoría de paciente mental, los diferentes sujetos padecientes compartirán un recorrido en común, la carrera del paciente mental. Dentro de esta carrera el sujeto padeciente incursionará primero por la etapa pre paciente, esta se caracteriza por la llegada del usuario de salud mental a la institución. En la etapa pre paciente el usuario se presenta, por lo general, en un estado de padecimiento, encontrándose en un estado de crisis y/o urgencia, afín de aclarar estos estados, procederemos a conceptualizar cada uno y diferenciarlos.

Crisis en salud mental, constituye una ruptura en el devenir cotidiano del sujeto padeciente en el que se ven comprometido su estabilidad emocional, como nos señala Zeferino (Protocolo de Intervención en Situación de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental, et, al., 2018)

En un sujeto que atraviesa una crisis es posible observar una intensa afectación emocional que se manifiesta ante una situación determinada. Se pueden describir estados de tensión, ineficacia e impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización. Pueden estar presentes síntomas físicos tales como cansancio, agotamiento, agitación, entre otros (p.17).

Es decir que, el sujeto padeciente se encuentra en un estado de descompensación o desorganización emocional y subjetiva, como respuesta a sucesos críticos como fracasos académicos, muertes de seres queridos, catástrofes naturales entre otros, o por atravesar situaciones vitales que son subjetivamente significadas o percibidas como tales, por ejemplo,

embarazos, casamiento, modificaciones de roles, mudanzas entre otros (Protocolo de Intervención en Situación de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental, 2018 ).

Una de las características del estado de crisis y su diferencia con la urgencia, radica en su cualidad temporal, ya que esta, sucede en un determinado momento implicando un proceso duradero en el tiempo. Los estándares internacionales, marcan como límite las 72 horas de su sostenimiento sin resolución, por lo que se infiere que no es una urgencia, sino, un proceso de crisis.

Así, un sujeto padeciente que se presenta a la guardia, puede estar bajo un proceso de crisis sin que llegue a ser una urgencia, o estar atravesando una situación de urgencia que por su sostenimiento en el tiempo llegue a constituirse en un proceso de crisis. En cuanto a la urgencia para Zeferino (Protocolo de Intervención en Situación de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental, et al., 2018),

es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual, y que supone un alto nivel de padecimiento; de tal manera que el sujeto, el entorno y/o el personal sanitario consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis en curso que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital (p. 18).

Esta se resuelve dentro de las 72 horas en las que el sujeto padeciente se encuentra con una sintomatología exacerbada, como señala M. Bialer, (Protocolo de Intervención en Situación de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental, et, al., 2018),

Una clínica de la urgencia es la que se ocupa de hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia o agitación donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento (p. 18).

Por otra parte, el sujeto padeciente se presenta solo, con un acompañante o bien es llevado a la guardia por medio de la policía, debido a su estado de crisis y/o urgencia, por alguna transgresión que este allá cometido contra sí mismo, una propiedad pública, privada o propia,

su familia u otros sujetos.

Así, frente a este sujeto padeciente, los profesionales de la salud mental deben responder de manera eficiente, por un lado, para la clínica monovalente como institución, por otro lado, deben responder de manera competente ante los usuarios, es decir, tomar los recaudos necesarios según cada caso particular sin caer en estandarizaciones estereotipadas de síntomas, atendiendo a lo que cada usuario particular y singular requiere.

Además, también, en esta presentación del dispositivo de guardia, cabe aclarar, que el profesional de la salud mental forma parte de un circuito de agencias y agentes, que intervienen en la internación de un sujeto padeciente de una enfermedad mental. Entonces, cuando hablamos del quehacer de los profesionales de la salud mental en la etapa pre paciente, este se encuentra atravesado por las disposiciones que vienen de la institución, las necesidades del sujeto padeciente y los demás agentes involucrados que constituyen un circuito de agencias y agentes. Estos últimos, desempeñan diferentes roles en el dispositivo de guardia, en la etapa pre paciente, y serán de suma importancia para el sujeto padeciente ya que incidirán directamente en el curso de su destino (Goffman, 2009).

Estos roles son tres y pueden ser desempeñados por una persona o varias a la vez, uno de ellos es el de *la persona de confianza*, esta será aquella persona más allegada al sujeto padeciente, aquella en la que confía plenamente y que por lo general se trata de un amigo, familiar, a veces el terapeuta particular con el que lleva el proceso de tratamiento- sobre todo en casos de enfermedades recurrentes o crónicas- (Goffman, 2009).

El segundo rol es el de *denunciante*, este es el responsable de que el sujeto se encuentre allí en la guardia de la clínica monovalente, quien cree que lo más responsable y óptimo para el sujeto padeciente es su internación y tratamiento dentro de la institución (Goffman, 2009).

Y por último el rol de *mediadores* estos son lo que intervienen en el traslado y competencias judiciales del sujeto padeciente, hasta que este llega a la clínica monovalente. Este rol suele ser abordado por policías, enfermeros, jueces y se da en los casos en el que el sujeto es detenido, llevado a la institución por algún tipo de infracción cometida, o cuando es un interno de una cárcel o se alojaba en un hospital polivalente. En estos casos puede que el sujeto padeciente de una enfermedad mental, se encuentre solo con los mediadores (Goffman, 2009).

Lo importante de estos roles es que, según quien los desempeñe, impactará en el sujeto padeciente de tal o cual manera. Por ejemplo, muchas veces el sujeto que desempeña el rol de persona de confianza también, desempeña el de denunciante, por lo que, el sujeto padeciente se siente traicionado, sobre todo si la internación no es voluntaria. Así, en estos casos y en los casos en el que el sujeto padeciente de una enfermedad mental, que por algún motivo se presenta

solo con los mediadores, siente una suerte de coalición alienativa contra él por parte de los sujetos que desempeñan estos roles. Esto se debe a que percibe estar en la situación como tercera persona (Goffman, 2009).

Esta percepción de sentirse como tercera persona en la situación es muy clara, por ejemplo, cuando las internaciones no son voluntarias, pero al parecer de los profesionales de la salud mental que se encuentran de guardia, el sujeto padeciente cumple con los criterios requeridos para el ingreso a la institución.

Por medio de palabras, indicios y gestos el agente de turno solicita del pre-paciente, en forma implícita, que colabore con él, ateniéndose al tono de una charla amable llevada con el tacto necesario para eludir los hechos concretos de la situación, y aumentando en cada etapa su incompatibilidad con esos mismos hechos (Goffman, 2009, p.147).

De ahí, que, en esta etapa pre paciente, se produce lo que Goffman (2009) llama un proceso de expropiación, con esto se refiere a que el sujeto padeciente al entrar a la clínica monovalente, entra con una percepción de sí mismo como un sujeto con derechos y relaciones vinculares con otros y con el entorno, al entrar perderá estos derechos y se producirá un alejamiento de sus vínculos y roles anteriores. Por lo que, el aspecto moral de esta carrera introduce desde el comienzo a los sujetos padecientes en una experiencia de abandono, deslealtad y traición. Aunque después reconozca la necesidad de internación y tratamiento o no (Goffman, 2009).

En resumen, el dispositivo de guardia por su modalidad de funcionamiento produce en el sujeto padeciente una sensación o certeza de abandono y traición, que es atribuido al circuito de agentes y agencias, las personas intervinientes en su proceso de internación. En el cual, el quehacer de los profesionales de la salud mental incidirá en el paso del sujeto padeciente, de sujeto civil a paciente mental. Esta categoría de paciente mental, obedece en gran parte a las necesidades estructurales organizativas de la institución como clínica monovalente, que disponen el quehacer de los profesionales de la salud mental en un ordenamiento de prioridad organizacional. Es decir, el quehacer se ve intervenido en gran parte a garantizar la adaptación del sujeto con padecimiento mental a las legalidades de la institución, su rutina, normas etc.

Así mismo, también, la categoría de paciente mental establece una diferenciación en términos relacionales para con los profesionales de la salud mental. En donde, el sujeto padeciente de una enfermedad mental se encuentra a disposición de los profesionales de la salud

mental, en tanto estos serán los que moderen su comportamiento, a fines de prácticas terapéuticas y prácticas de dominio conductual adaptativas a las reglamentaciones de la institución como clínica monovalente.

Es decir que la guardia de una clínica monovalente funciona como dispositivo en el sentido que Agamben (2011) nos acerca, en donde parte de que el dispositivo, aquí la guardia de la clínica monovalente privada Saint Michel, es “todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p.254). Desde este ángulo Agamben entiende al sujeto como aquello que resulta de la relación cuerpo a cuerpo entre los dispositivos y los seres vivos, pero no cualquier ser vivo sino lo referente a lo humano ya que los dispositivos existen únicamente en la medida en que objetivan (como ya lo planteamos en el apartado anterior al referirnos a la noción de mundo heideggeriana), y en la medida que subjetivan producen una identidad y una sujeción a un poder externo, por lo que cuando un individuo asume una identidad queda también subyugado (Fanlo, 2011 p.5).

En este sentido Agamben (2011) dilucida que los dispositivos no sólo subjetivan, sino que también producen procesos de desubjetivación, propone que el capitalismo y las figuras modernas de poder incurren, debido a la acumulación y excesiva proliferación de dispositivos existentes, más que en un exceso de subjetivación con respecto al sujeto, en “un proceso de diseminación que empuja al extremo la dimensión de mascarada que no ha cesado de acompañar a toda identidad personal” (p.258).

Es decir, que a la vez que producen subjetivación los dispositivos desubjetivizan, ya que no hay uno solo sino multitudes de dispositivos que atraviesan a los individuos en todos los aspectos de su vida, para cada aspecto de nuestra vida hoy existe un componente que se puede comprar, que tiene una determinada manera de reglarnos, por decirlo de alguna manera, y es entonces que cuando hay un cuerpo a cuerpo entre individuo y dispositivo se crea un sujeto pero también hay una negación del sujeto que se encuentra con esos dispositivos. Es decir, la creación de un sujeto implica la negación de otro sujeto, la subjetivación se produce por la negación del sujeto, por la creación de otro (Agamben, 2011).

Por ejemplo en la guardia la sucesión de acontecimientos conductuales de los profesionales, el entorno específico físico de la guardia y de la clínica monovalente en tanto dispositivo, incurren en una negación del sujeto padeciente que consulta, en tanto sujeto que se encuentra cuerpo a cuerpo con este dispositivo, así lo vemos representado en lo que Goffman (2009) denomina como proceso de expropiación, coalición alienativa, en definitiva el paso de sujeto civil a la categoría de paciente mental por ejemplo. A sí mismo en los profesionales de la salud

mental también acaecen estos procesos de desubjetivación en tanto, son parte de un circuito de agencias y agentes en la carrera del paciente mental, y trabajadores de una institución monovalente privada y total, en la cual sus maneras de hacer dentro de la profesión como hemos dicho a lo largo de este trabajo, exceden la situación terapéutica, ya que son sujetados por estos dispositivos que los disponen a un rol empleado, agente de control y disciplinamiento, negando en parte al sujeto profesional en el encuentro que este tiene con el dispositivo de guardia de una clínica monovalente privada e institución total.

### 6.1.3 DIMENSIÓN LEGAL DEL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

En esta dimensión desarrollaremos los dos modelos paradigmáticos legales que se han empleado en Argentina para abordar el tratamiento de los sujetos con padecimiento mental. Estos son: el paradigma tutelar que sobre el que se asentaba la Ley Nacional 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos (1983) y el paradigma del modelo social de la discapacidad y de derechos humanos sobre los cuales se asienta y constituye la vigente Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). De esta manera, siguiendo el sentido del tercer objetivo específico, nos adentraremos en los cambios de posición con respecto al rol de los sujetos con padecimiento mental y de los profesionales de la salud mental que estos dos paradigmas denotan.

#### 6.1.3.1 CONCEPTO PRELIMINAR: PARADIGMA



En este apartado se toma la definición de paradigma que propone Thomas Kuhn (2004) para quien el paradigma es el reconocimiento compartido por parte de una comunidad científica, durante un periodo de tiempo, de realizaciones que se toman como fundamento de la práctica profesional y que, se constituyen por supuestos teóricos generales, leyes y técnicas normativas para su aplicación, adoptada por los miembros de una comunidad científica o de práctica profesional (Kuhn, 2004). Es decir, los paradigmas son un arquetipo de investigación aceptados por la comunidad científica por un periodo de tiempo, ya que este arquetipo particular de investigación logra resolver los problemas que se presentan en ese momento en el campo de la investigación científica. Además, los paradigmas son definidos también, por la capacidad que tienen de brindar una nueva y creativa manera de responder a interrogantes que el anterior arquetipo de investigación, modelo o paradigma de pensamiento dejaba sin resolver (Kuhn, 2004). Tomamos aquí esta conceptualización porque nos permite mostrar los cambios y transformaciones acaecidos en el campo de la salud mental en Argentina, partiendo desde un paradigma tutelar asistencial de la salud mental a un paradigma de la salud mental integral y de derechos humanos. Estos dos paradigmas como es de suponer, se reflejan en todo el campo de la salud mental, aquí nos atendremos a los reflejados en el cuerpo legal argentino de la salud mental, y desde estas como ya se mencionó el rol que deparan para el usuario de salud mental y los profesionales de la salud mental.

#### 6.1.3.2 PARADIGMA TUTELAR

La Ley 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos sancionada el 15 de septiembre de 1983 y promulgada en la misma fecha, se asentaba en un paradigma tutelar y asistencial, este encuentra sus raíces en el Código Civil argentino sancionado en el siglo XIX, por la Ley 340 en 1869 (Croxatto, 2012). Las características de este paradigma es el de ser un modelo centrado en una mirada de los sujetos enfocado en

aspectos como la enfermedad, la incapacidad y peligrosidad que estas puedan representar para la sociedad, motivo por el cual el estado es quien asume un rol de tutela a medida de control y protección de estos sujetos. Es a destacar que el grupo de personas tuteladas siempre se corresponde con un colectivo social que se halla en una particular situación de vulnerabilidad, impotencia, fragilidad y abandono como los sujetos con padecimiento mental, menores de edad, huérfanos, sujetos con proceso judicial entre otros (Croxatto, 2012). Así lo vemos reflejado en el artículo n° 7 de dicha ley en donde se enfatiza en la elaboración de las historias clínicas la calidad de carencia y peligrosidad, así como la inexistencia de la capacidad volitiva del sujeto padeciente ante los sucesos, desarrollo y proceso de su atención e internación.

ARTICULO 7° - Historia clínica. La dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que contará con la mayor precisión posible; sus datos personales, los exámenes verificados, el diagnóstico y el pronóstico, la indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya, el régimen aconsejable para su protección y asistencia, las evaluaciones, periódicas del tratamiento, y las fechas de internación y egreso (Ley 22.914, 1938, Art. 7).

Al partir de la incapacidad de un sujeto se lo confiere a un lugar de carencia, disponiendo un rol pasivo al sujeto padeciente, en este sentido se sostiene una concepción de la discapacidad en donde se le deniega el acceso al sujeto padeciente a sus recursos psicológicos, personales y sociales en el proceso de tratamiento, en consecuencia se plantea una sustitución de su voluntad mediante procesos de resocialización estructurados y demandados por el modelo de atención hegemónica de la institución monovalente y el sistema legal argentino (Lellis, 2015). De esta manera la incapacidad desde la que parte este paradigma es siguiendo a Lellis (2015),

- a) La conceptualización de la capacidad/discapacidad como dos estados dicotómicos y absolutos.
- b) La presunción de que la discapacidad era inherente a la condición del paciente mental.
- c) La descontextualización, pues omitía la consideración en torno a sus

determinantes socio-históricos.

- d) El carácter indefinido en el tiempo de la restricción de capacidad, ya que las sentencias no eran objeto de revisión periódica y se prolongaban de manera indefinida (p.96).

Con respecto al punto d) lo vemos reflejado en el siguiente artículo,

ARTICULO 11. - Egreso de los internados. Los jueces dispondrán de oficio todas las medidas apropiadas a fin de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas y la seguridad del internado y de terceros. El Ministerio de Menores e Incapaces y en su caso, el defensor especial del art. 482 del Cód. Civil, serán notificados de las disposiciones que se adopten (Ley 22.914, 1938, Art. 11).

Si bien figura la calidad de tiempo como “indispensable”, este depende de los profesionales de la salud mental, particularmente desempeñadas por psiquiatras y directivos de las instituciones monovalentes. Así el paradigma tutelar resguarda la idea de que el sujeto no necesita ser implicado ni defendido, sino que está sometido a este proceso ya que este es en “su favor” y no en su contra, hay una visión de incapacidad civil del sujeto padeciente (Croxatto, 2012). De esta manera, el paradigma tutelar a resultado ineficiente e iatrogénico en el tratamiento del padecimiento mental arrojando resultados como los expuestos por el informe “Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” realizado por el Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) así como el libro Un estado de Locura (Montero, 2018) nombrados en el apartado nº 6.1.2.3. Auspiciando las internaciones incorrectas en la privación ilegítima de la libertad y los problemas de la institucionalización (deterioro en las habilidades para la vida, desarticulación de los lazos socioculturales, familiares e institucionales, la privación del ejercicio de los derechos en el ámbito cívico, laboral y educativo, etc), la respuesta por tanto, segregativa en instituciones monovalentes totales devenidas de una ética fundada en la beneficencia que parte de una relación paternalista y asimétrica entre los profesionales de la salud mental y el sujeto padeciente, y el mantenimiento por tanto, de la hegemonía psiquiatría

como especialidad médica que ha impedido el desarrollo y articulación de las demás disciplinas y profesionales de la salud mental en tanto desde esta hegemonía se procedió en una fragmentación del campo de la salud mental (Lellis, 2015).

En síntesis, desde este paradigma, en salud mental, se sostiene la concepción del sujeto como discapacitado desde un sentido habilitante para el sujeto, el cual es instituido desde dicho paradigma como enfermo mental, sujeto tutelado, peligroso u objeto de protección, en consecuencia, deben ser sustituidos en la toma de sus decisiones. Este modelo enmarcado desde el código civil, junto con la hegemonía médica- la medicina como disciplina y práctica totalitaria en el campo de la salud mental, representada por la psiquiatría- influyó en el quehacer de los profesionales de la salud mental, dando lugar a prácticas de corte asistencialista, promoviendo la institucionalización de los sujetos con padecimiento mental como modo de abordaje de la salud mental, resultante de “un modo de pensar la salud mental, basado en la corriente criminalística positivista, que se encargaba de la vigilancia y criminalización de las prácticas en salud mental, criminalizando intervenciones, tratamientos y la asistencia dirigida a las personas vulnerables psíquicamente” (Romero, 2017 p.3), de manera en que dicho quehacer se resumía – dentro de las instituciones monovalentes- a una visión unidimensional de la salud mental en donde la variación de esta partía de la incapacidad del sujeto con padecimiento mental, sin considerar los múltiples factores que influyen en ella, así como la anulación de la particularidad y singularidad de cada sujeto en su vida e historia. De ahí que, el quehacer de los profesionales de la salud mental se encontrará bajo una fuerte tendencia al control de los sujetos padeciente, la adaptación de estos a las normas y estereotipos sociales, o a la institución monovalente en la que, de no adaptarse, vivirían toda su vida.

Además, dentro de este modelo se instauraba una jerarquía de poder entre los profesionales de la salud mental, sostenido por mucho tiempo en la figura del psiquiatra. Por lo que el uso de los psicofármacos se instaló como primera medida de tratamiento del padecimiento mental.

#### 6.1.3.3 ANTECEDENTES DE LA LEY NACIONAL N° 26.657 DE SALUD MENTAL

El cambio de paradigma acaecido en nuestro país desde el modelo Tutelar al de la Salud

Mental, el cual se sustenta en la protección y garantía de los derechos humanos y en el modelo social de la discapacidad, fue producto de procesos sociales tras un largo y arduo debate que involucraron a actores referentes al campo de la salud mental y derechos humanos de Latinoamérica, así como también a las autoridades nacionales, provinciales y municipales referentes a la materia como legisladores y jueces nacionales (Chillemi, 2016).

Esta reforma en el tratamiento de la salud mental se remonta a 1977, cuando el psiquiatra Franco Basaglia decide el cierre del asilo “San Juan” dando lugar a la denuncia de las condiciones deplorables de hábitat, tratamiento y encierro bajo la cual se encontraban los sujetos con padecimiento mental internos, de esta manera propone la institución a puertas abiertas y mejoras en las condiciones de trato y vida de los sujetos, en la cual estos ya no son impedidos del trato directo con la comunidad (Chillemi, 2016). En 1978 bajo la influencia de Basaglia se aprueba la ley de reforma psiquiátrica que permitió pensar el padecimiento mental desde otra óptica, iniciando así la desmanicomialización y junto a esta deviene un proceso en el cual ya no se habla del sujeto con padecimiento mental en términos de peligroso o incapaz, sino de un sujeto que tiene derechos capacidades y herramientas, es decir, como sujeto con potencialidades singulares, desde las cuales se debe abordar su tratamiento (Chillemi, 2016). En nuestro país podemos nombrar a personajes que se orientaron a esta concepción de la salud mental a Ramón Carrillo quien desempeñó el cargo de Ministro de Salud Pública en la presidencia de Perón, Carrillo procedió en una mejora de la accesibilidad al sistema de salud mediante la creación de centros regionales (Chillemi, 2016). Cabe mencionar también la experiencia realizada en 1956 por el psiquiatra Mauricio Goldemberg en el Hospital de Lanús Buenos Aires, este propuso un programa que tenía como eje la descentralización de la atención en salud mental mediante la creación de servicios de psicopatología en hospitales generales y el hospital de día. Así como también la implementación del plan de salud Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS) concebido en 1987 bajo la gestión del médico sanitarista Dr. Floreal Ferrara Ministro de Salud en la Provincia de Buenos Aires. Este plan apuntaba a garantizar la accesibilidad igualitaria a los servicios de salud, incluyendo un Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliar de la Salud (ATAMDOS). La culminación de estas implementaciones en salud se vio reflejada en la estructuración de un plan de salud mental que preveía acciones preventivas, de rehabilitación y asistencia todas ellas involucrando a la comunidad, en donde el concepto de promoción de la salud se vinculaba a mejorar la calidad de vida de los sujetos en el ámbito familiar, laboral y social (Chillemi, 2016).

Como vemos, en nuestro país se inició una tendencia a la reforma en el tratamiento de la salud mental orientado hacia la inclusión de esta en hospitales generales, la inclusión de la

comunidad como parte fundamental en el proceso de la salud mental, y la consecuente prohibición de las instituciones monovalente a puertas cerradas. Así lo demuestra la adhesión de la Argentina a los tratados internacionales que de hechos son mencionados en la actual Ley n° 26.657 de Salud Mental. Estos son:

\*La Declaración de Caracas citada y descrita en el apartado n° 6.1.1.3.

\*Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991) la cual es estimada como los estándares internacionales más completos, proporcionando las directrices para la implementación y evaluación de los sistemas nacionales de salud mental. En esta se establece que,

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”(P.1).

\*La Conferencia de Brasilia “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de caracas” (2005) descripta en el apartado n° 6.1.1.3.

\*El Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) cuya mención se encuentra en el Decreto que reglamenta la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental (2010) estableciendo que el consumo problemático de sustancias psicoactivas artículo 4° “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” (Ley Nacional N°26.657, 2010,art.4), y en el artículo 27° establece que “queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados” (Ley Nacional N°26.657, 2010,art.27).

En Argentina podemos referir como antecedentes legales de la vigente ley de salud mental:

\*La Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental” de 1991 perteneciente a la provincia de Río Negro, la cual plantea a la internación

como último recurso terapéutico y la promoción de la desinstitucionalización de los sujetos con padecimiento mental, apuntando de esta manera y mediante la reinserción comunitaria a la recuperación de la dignidad, identidad y respeto de los sujetos con padecimiento mental.

\*La Ley N° 448 de la salud mental perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada el 27/07/2000 y reglamentada el 22/04/2004, esta garantiza el derecho a la salud mental de todos los sujetos comprendidos en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires, así como también propone un proceso de desinstitucionalización progresivo.

\*La Ley N° 10.772, perteneciente a la provincia de Santa Fe sancionada en año 1991 y reglamentada en el año 2007, la cual estipula una sustitución progresiva de las prácticas manicomiales hacia un tratamiento clínico orientado en el ámbito comunitario, y consecuentemente propone la constitución de redes asistenciales, así como eje transversal de los tres niveles de atención a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

#### 6.1.3.4 LA LEY NACIONAL N° 26.657 DE SALUD MENTAL: UN PARADIGMA DE DERECHOS HUMANOS Y DEL MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD.

La Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental deroga a la Ley N° 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos (1983) y supone un giro paradigmático en cuanto a la concepción de salud mental, del rol de los profesionales de la salud mental y de los sujetos con padecimiento mental, puesto que se ubica desde un enfoque de Derechos Humanos en el cual el sujeto con padecimiento mental es considerado como un sujeto con derechos, con capacidad y no un sujeto incapaz inhabilitado por su padecimiento. De esta manera no concurre a un tratamiento tutelar e institucional, sino que, es un modelo que parte de la integración social al que todo sujeto tiene derecho como se expresa en los convenios observados en el apartado anterior y refiere en el,

Artículo 1°. - La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio

Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos (Ley Nacional N°26.657, 2010, art.1).

Desde este enfoque se apunta a una concepción de salud mental que no se encuentra estricta y restrictivamente ligada a la visión positivista-biológica del padecimiento mental sino que la concibe en su complejidad, aludiendo a todos los factores que inciden y forman parte de ella poniendo el acento en la situación, contexto y singularidad del sujeto con padecimiento mental, por lo cual el modelo social de la discapacidad será fundamental para entender esta concepción ya que se complementan y unen.

El modelo social de la discapacidad siguiendo a Lellis (2015) “subraya la importancia del entorno (y, por lo tanto, de las facilidades o barreras al acceso a oportunidades sociales allí existentes) para comprender las posibilidades de inclusión de la persona con discapacidad” (p.96). Por consiguiente, parte de la base de que todos los sujetos con padecimiento mental tienen plena capacidad fáctica y jurídica, es decir, se presume siempre la capacidad de todas las personas. Esto se debe, a que no toma la discapacidad como inhabilitación y carencia del sujeto padeciente, sino que entiende que cada sujeto es particular, diferente, diverso, y debido al entorno social puede hallarse en una situación de discapacidad, es decir, donde alguna particularidad le obstruye el pleno ejercicio de un derecho. Es entonces que, tanto el estado y la sociedad tienen la obligación de quitar aquellos obstáculos o barreras que pueden producir la situación de discapacidad (Glanc, 2009).

De esta manera se entiende a la salud mental como lo expresa la Ley N°26.657 en él, artículo 3° “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional N°26.657, 2010, art.3).

Por consiguiente, el rol que demarca hacia el sujeto con padecimiento mental parte desde su capacidad, como sujeto activo y habilitado a ser parte de los procesos de tratamiento bajo los cuales se encuentre, así lo establece en el artículo N° 7 en los incisos:

- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas



del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

n) Derecho a que el padecimiento mental. no sea considerado un estado inmodificable” (Ley Nacional N°26.657, 2010, art.7).

De esta manera, encontramos en la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDP) la importancia de que los Estados parte de las Naciones Unidas lleven a cabo acciones positivas que promuevan la supresión de barreras y la adecuación al entorno, al cual la Argentina adhirió en el 2008 otorgándole un valor supraconstitucional, por lo que el enfoque está en fortalecer los servicios de salud mental comunitarios, apuntando a una descentralización de la institucionalización, por lo cual el factor social, familiar y cultural del sujeto con padecimiento mental asumen un rol activo y participativo como parte de las políticas de salud mental (Lellis, 2015). Así lo vemos expresado en los siguientes artículos de la Ley N°26.657 de Salud Mental:

Artículo 9º: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Ley Nacional N°26.657, 2010, art.9).

Artículo 11º: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación,

desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas ”(Ley Nacional N°26.657, 2010,art.11).

Por otra parte, en referencia a los profesionales de la salud mental establece en el artículo N° 8,

Debe promoverse que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ley Nacional N°26.657,2010, art.8)

Como vemos, el quehacer se encuentra ahora establecido desde una óptica de primero, trabajo interdisciplinario en donde se intenta borrar con las barreras jerárquicas de poder que se establecen en el modelo tutelar. Segundo esta disposición en el quehacer obedece a la concepción que se sostiene de salud mental en tanto esta es un proceso multideterminado y por tanto requiere de la intervención de diferentes disciplinas y profesionales. Y tercero los profesionales de la salud mental son establecidos como sujetos que brindan sus servicios al sistema de salud mental, en donde el objetivo es trabajar en promoción y cuidado de la salud de los usuarios en su complejidad y particularidad.

Es de notar que la ley trata de romper con la típica escisión entre salud física y salud mental, considerando al sujeto de nuestras prácticas como un sujeto a ser abordado desde su integridad, dejando de lado ambigüedades a la hora de establecer diagnósticos sobre la base de la discriminación y estigmatización de problemáticas propias de las esferas de la salud mental (Romero, 2017, p. 7).

Es decir, que lo que prima es la debida atención del sujeto padeciente considerándolo primeramente en su capacidad y autonomía como sujeto de derecho, en su particularidad y singularidad. El sujeto padeciente, ya no es considerado como en el paradigma tutelar, un incapaz por quien los profesionales de la salud mental en su quehacer actuaban como ejecutores definitivos de su destino. Desde el paradigma de sujeto de derecho y el modelo social de la discapacidad, los profesionales de la salud mental son limitados e imputados en el ejercicio de sus prácticas, sobre todo lo que compete a la institucionalización de los sujetos padecientes de una enfermedad mental, el uso de la medicación farmacológica excesiva, el uso de medidas de fuerza como sujeciones, salas de contención entre otras.

## 7 ANÀLISIS Y SISTEMATIZACIÒN

## 7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

La realización de las PPS es una de las instancias requeridas para la graduación en la carrera de Licenciatura en Psicología. Dichas prácticas, en este caso, fueron efectuadas dentro del contexto clínico en la clínica privada Saint Michel iniciando el día 11 de mayo del año 2016.

Dicha práctica la realicé junto a una compañera de cursado con quien participamos en algunos dispositivos y en otros nos encontrábamos de manera individual como practicantes. El primer día nos recibió cordialmente una de las psicólogas referentes de la institución P quien nos mostró en un recorrido por la clínica, los diferentes sectores de esta y a los profesionales que allí estaban trabajando.

Durante el recorrido P nos comentaba que este tipo de instituciones suscitan muchas emociones ya que el padecimiento mental, el sufrimiento psíquico movilizan y conmueven afectivamente, por lo que nos explicaba, a mi compañera y a mí, la necesidad de encontrarnos en supervisión permanente con respecto a cómo nos sentíamos a medida que transcurriera la práctica, ya que era una manera de cuidarnos y de cuidar el espacio.

Nos comunicó su disposición a favorecer, junto a los demás profesionales de la clínica, esta práctica como un espacio de crecimiento y aprendizaje mutuo, lo cual estableció en un principio, una apertura y sostenimiento por parte de los profesionales hacia nosotras que luego fue mutuo. Así, con este recibimiento amable y acogedor me encontraba situándome en ocupar un lugar correspondiente al de practicante, pero más cercano al de profesional, lo cual inició en mí una gran inquietud y muchas preguntas con respecto al rol de los profesionales de la salud mental dentro de una clínica monovalente.

En consecuencia, otra particularidad que me resultó impactante y movilizadora, radica en que la clínica es una institución monovalente a puertas cerradas, es decir, establece la condición de encierro a los sujetos internados, ya sea de manera voluntaria o no. Por lo que a medida que transcurría la práctica trataba de comprender esta condición de encierro.

Recuerdo durante las primeras semanas, saliendo de la institución, encontrarme reflexionando acerca de la libertad en el sentido de que yo podía salir de la institución y regresar

a mi hogar, pero los sujetos padecientes internos no, esto me llevó a preguntarme, pensándome como futura profesional de la salud mental, en cómo juega esta condición de puerta cerradas en el quehacer de los profesionales de la salud mental, en las prácticas que efectuamos como agentes de salud mental.

Es decir, a partir de la movilización que suscitó el estado de encierro, me vi reflexionando sobre el quehacer de los profesionales de la salud mental en un dispositivo monovalente, las incidencias que tiene el lugar en donde se sitúa la práctica profesional, es decir, la particularidad y singularidad de la institución en tanto clínica privada monovalente, Saint Michel

Así, a medida que transcurría la práctica me fui adentrando en las disposiciones que influyen en el quehacer de los profesionales de la salud mental, con esto me refiero al atravesamiento de las prácticas por las diferentes disposiciones que las constituyen, en la clínica privada monovalente Saint Michel en el dispositivo de guardia

Antes de continuar quiero agradecer a la clínica Saint Michel y a los profesionales de la salud mental que allí trabajan por haberme recibido y permitido transitar la realización de la PPS en dicha institución como un espacio de crecimiento, diálogo y aprendizaje.

Dentro de la institución participe dentro de varios dispositivos estos fueron:

**Dispositivo de consultorio externo:** Este dispositivo funciona de lunes a viernes de 9:00 a 19:30 hs se encuentra destinado a los usuarios de salud mental de forma particular y en su mayoría por obra social, el rango etario de los usuarios es de 14 años en adelante, aunque la mayoría de los usuarios que asistían se trataban de sujetos adultos mayores.

Aquí participe los días viernes de 9:00 a 14:00 hs como observadora participante acompañando a una psicóloga de orientación cognitiva-conductual, lo cual resultó muy enriquecedor, ya que la mayoría de psicólogas/os y psiquiatras de la clínica con quien tuve la oportunidad de trabajar, tenían una orientación psicoanalítica. En este dispositivo pude experimentar el desarrollo de un tratamiento terapéutico desde la primera entrevista, las sesiones duraban 45 o 50 minutos cada una. Fue un espacio de aprendizaje en cuanto a los modos de intervenir y llevar un proceso terapéutico in situ, desde la rama cognitivo conductual. Entendiendo que las problemáticas psicológicas y de la vida diaria pueden ser abordadas de diferentes maneras, en este caso de una manera más pragmática con objetivos a corto plazo.

También me resultó sumamente provechoso comprender la importancia de la escucha atenta y comprensiva, de los silencios, aprendiendo a reconocer los tiempos del usuario. En este sentido me encontré junto con la psicóloga reflexionando sobre las ansiedades y los lugares de tensión en los que nos encontramos como terapeutas, como reconocerlas y trabajarlas.

**Dispositivo de taller de reflexión grupal:** Este estaba coordinado y dirigido por dos

psicólogas de orientación psicoanalítica las cuales rotaban semana a semana, y por mi compañera y yo que asistíamos como observadoras participantes. Este dispositivo estaba dirigido a dos sectores del internado, el sector rojo y el sector blanco, la asistencia no era obligatoria, aunque se incitaba a los usuarios internos a participar. La realización de este taller era de dos veces por semana los días lunes y miércoles con una duración de aproximadamente 50 minutos. El fin de este dispositivo consistía en que los usuarios internos pudieran pensar el estado de internación, reflexionar sobre los factores que incidieron en dicha internación como medida terapéutica. En este espacio me situaba desde la escucha, en comprender como vivían los usuarios internos la condición de encontrarse en ese momento de su vida, en una clínica monovalente, es decir, la internación como medida terapéutica.

Este grupo se realizaba en el comedor del sector rojo y blanco respectivamente en donde armábamos una ronda con las sillas en las que nos sentábamos. Cada uno de los integrantes del grupo se presentaba con nombre y apellido, y había dos modalidades a la hora de comenzar, la primera consistía con una pregunta por parte de la psicóloga en referencia a la internación como por ejemplo ¿Por qué creían que se encontraban internados allí?, los usuarios internos respondían y en base a sus respuestas la psicóloga intervenía, como finalidad se le pedía a cada integrante que resumiera en una palabra lo que había sacado de bueno de la reflexión y se anotaba en el registro de las actividades de la clínica.

La otra modalidad consistía en llevar un poema, cuento, canción a partir de la cual se buscaba reflexionar, sobre los aspectos de la internación, así como también, del momento de externación de la clínica.

Este último punto resultaba ser el más conflictivo y contradictorio, ya que, por un lado, gran parte de los usuarios internos deseaban salir y retomar su vida, ya que referían sentirse presos dentro de la clínica, manifestaban lo difícil que les resultaba estar lejos de sus seres queridos, sobre todo aquellos que tenían hijos, también referían el hartazgo ante no poder comer lo que les apeteciera particularmente, ver su programa de tv o escuchar música con libertad, es decir, establecer ellos mismos su rutina diaria. Por otro lado, muchos de los sujetos padecientes manifestaban inseguridad de salir al mundo exterior, referían tener miedo a ser discriminados si alguien se enteraba de que estuvieron internados en una clínica monovalente, también referían el temor a no estar preparados para retomar su vida familiar y laboral, manifestaban con gran congoja el temor a una recaída, a tener que recurrir a la internación nuevamente.

En estos espacios mi función, junto con mi compañera consistía en armar el grupo, invitar a los pacientes a reunirse, disponer la organización de las sillas, llevar poemas, cuentos, canciones, o en los momentos en los que nos encontrábamos con disposición horaria dialogar

con los sujetos internos para ver que les resultaría interesante tratar en el grupo.

**Dispositivo de guardia:** Este se encuentra conformado por equipos de guardia, cada uno se compone respectivamente por un/a psiquiatra, un/a medico clínico y dos enfermeros, no cuenta con profesional psicólogo/a, aunque si practicantes de psicología en calidad de pasante, como lo fue en mi caso. Los equipos de guardia trabajan en guardias de 24 hs, ingresando a las 8:00 a.m. y egresando a las 8:00 a.m. del día siguiente, en donde son relevados por el próximo equipo de guardia.

En el tiempo que estuve en la institución pude participar en este dispositivo junto a tres equipos de guardia diferentes, en un principio mi participación fue 4 horas los días lunes y miércoles, de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. En estas primeras participaciones pude observar los pases de guardia en donde me sentí cada vez más atraída, ya que podía ver un poco más el desempeño de los profesionales en la cotidianidad de sus quehaceres dentro de la clínica. Como había mencionado antes, mi interés se encontraba en conocer cómo se desarrolla el quehacer de los profesionales de la salud mental y este espacio me permitía imbuirme un poco más en la temática, integrándome en las diferentes actividades que cumplen los profesionales en este dispositivo, por lo que desde el 26 de agosto comencé a realizar guardias de 12 horas aproximadamente los días viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

El equipo de guardia cumple con varias funciones:

**1) La atención de consultas por la guardia externa:** es decir, la atención de usuarios que venían a la clínica por guardia en un estado, por lo general, de crisis y/o urgencia solicitando la atención. Estos sujetos eran atendidos por los profesionales en el consultorio destinado propiamente a la guardia. En este se realizaba la entrevista por parte del/a psiquiatra al usuario, el familiar, o quien estuviera a cargo del sujeto si este no se encontraba en condiciones de expresarse.

En estas entrevistas pude observar una modalidad en el quehacer de los profesionales que, entiendo, se mantuvo en diferentes casos.

Primero una escucha activa por parte del profesional, si es que el usuario comenzaba a hablar. Luego preguntas referidas a que expliquen el motivo de su consulta, se preguntaba por la familia y el contexto social y cultural del usuario, se establecía un diagnostico presuntivo y en base a este la necesidad o no de internación, de tratamiento ambulatorio y/o de un esquema de medicación.

Si el usuario cumplía con los criterios de internación, entonces en la entrevista también participaba el/la medico clínico quien le preguntaba por enfermedades de índole biológicas, le tomaba la presión, el pulso y le hacia un electro cardiograma, los enfermeros llenaban las



planillas correspondientes al ingreso y cumplían la función de llevar al usuario dentro del internado.

Al ver que esta modalidad se repetía comencé a preguntar y a dialogar con los profesionales sobre ella. En un principio el foco de nuestros diálogos estaba dirigido hacia si, la razón de la misma era constituida por un requerimiento protocolar de la clínica como institución, o si obedecía a las reglamentaciones vigentes en salud mental.

También me encontré preguntando si esta modalidad del hacer era aplicada en todos los casos que se presentasen por la guardia externa. Con esto me refiero a si la modalidad mencionada debía respetarse ante consultas que constituyeran una crisis y/o urgencia, las cuales resultan ser muy diferentes a las consultas que no son de esta cualidad.

Esta inquietud surgió debido a que en las atenciones por guardia externa tuve la oportunidad de presenciar un gran abanico de estados en los que se puede encontrar un sujeto, y mayoritariamente el estado de crisis y/o urgencia de los usuarios.

Pude presenciar usuarios que presentaban brotes psicóticos, algunos con alucinaciones visuales, auditivas. Psicosis inducidas por sustancias como el LCD y/o cocaína, recaídas en sujetos con depresiones y adicciones en su mayoría al alcohol y a la cocaína, sujetos que habían intentado suicidarse y/o dañarse, sujetos que habían cometido daño a otras personas, animales y/o objetos. Sujetos en estado de manía, sujetos adultos mayores con diferentes tipos de demencias; Algunos asistían por primera vez a la guardia de una clínica monovalente, otros, en su mayoría sujetos con depresiones refractarias psicosis y adicciones, ya habían concurrido con anterioridad habiendo estado internados.

Así, estas experiencias fueron movilizantes para mí, al ver el sufrimiento mental y psíquico. El estado de urgencia y crisis de un sujeto expresado en desorganización, desesperanza, angustia, desasosiego, tristeza profunda, la imposibilidad de control de los impulsos en estados maniacos, la agitación motriz, los tics, la verborragia.

Sumado a esto el cansancio y desgaste de las familias y acompañantes, como de los mismos usuarios, en donde esta situación ya había ocurrido muchas veces antes y volvía a presentarse otra vez.

En consecuencia, de esta movilización que suscitaron en mí dichas experiencias, mi interés por el quehacer de los profesionales de la salud mental fue perfilándose hacia el quehacer de estos en la guardia, es decir, como se desempeña el rol y las prácticas de los equipos de guardia.

**2) La atención de consultas del internado:** aquí el equipo responde al llamado de los enfermeros que están a cargo de los diferentes sectores del internado, dicho llamado es porque algún usuario interno se presenta en estado de crisis y o urgencia.

**3) La atención a las llamadas de los familiares de los internos:** El equipo de guardia tiene también, la función de comunicar a los familiares de los usuarios internos que lo requieran, el estado general de salud física y psíquica de los internos. En referencia a si está comiendo, durmiendo, si se presentó algún problema con otro interno, su estado emocional etc. En cambio, si se solicita información más detallada que tenga que ver con el tratamiento, egreso o permanencia del usuario interno en la institución corresponde al equipo tratante comunicarlo y no al equipo de guardia.

**4) Pase de guardia:** esta actividad comienza apenas llega el equipo de guardia que releva al que está por salir. En el consultorio de guardia la psiquiatra y medica de guardia le comunican a la psiquiatra y medica ingresantes las novedades de la guardia y se entrega los formularios de ingreso y el dinero de las consultas particulares. Se le informa sobre los ingresos si hubo, especificando como llego el usuario su estado anímico, físico, sexo, si se presentó acompañado, solo, judicializado, como fue su relato de la problemática por la que asistía a la guardia, el sector en el que se encontraba y el esquema de medicación indicado.

Las consultas del internado, especificando en que sector, el usuario y la situación por la que se requirió la atención. Toda esta información se encuentra registrada en las historias clínicas de cada usuario interno. Las consultas por guardia externa son anotadas, y si hubo ingresos, se realiza en el caso de que el usuario no tenga, una historia clínica en donde se anota todo lo referido a la consulta. Este relato que realizan los equipos se encuentra destinado a comunicar de manera más acabada la experiencia, en donde también hay un intercambio de opiniones con respecto al estado, diagnostico, medicación y cuidado de los usuarios internos.

Luego de este intercambio, el pase de guardia prosigue primero pasando por contaduría y secretaria, luego nos dirigíamos a el internado. Por lo general se comenzaba por el sector rojo, luego el sector verde, el sector azul, el sector amarillo y por último el sector blanco.

En cada uno de los sectores nos adentrábamos en la enfermería, en donde los/las enfermeras nos comunicaban cuantos usuarios internos había, especificando nombre, apellido, sexo, edad, diagnostico representado por las siglas que demarca el DSM IV, su estado físico, el estado de anímico, recepción de los alimentos, recepción del esquema de medicamentos, adaptación al sector, a sus compañeros, conducta hacia el personal y los profesionales que trabajan allí, si necesita algún medicamento ropa etc. que deba comunicarse con los familiares, tutores o persona allegada al usuario interno.

También se comunica si hubo ingresos, si hay egresos, permisos (son salidas que habilita el equipo tratante, en donde el usuario interno puede salir por una determinada cantidad de horas de la institución) como así también el número de camas disponibles.

Así, en base a estas experiencias movilizadoras y nuevas para mi es que comencé, a través de entrevistas abiertas con los profesionales, a indagar por las prácticas que allí se realizaban, particularmente en las situaciones de urgencia y/o crisis.

¿Cómo eran estas prácticas?, y desde ellas ¿Qué función procura cumplir el profesional de la salud mental?

Me vi también dialogando con los profesionales acerca del atravesamiento que tienen las prácticas en salud mental, en el sentido de los factores que influyen en ellas, que disponen su ejecución de una determinada manera y no de otra.

Allí, surgieron varios temas como la influencia que tiene el lugar en donde se sitúan las prácticas, es decir los diferentes dispositivos de salud mental así lo vemos expresado en los siguientes fragmentos de estas entrevistas:

“... cambia por ahí como te manejas con la institución en...nos manejamos diferente que acá pero también tiene que ver con que es público y hay más una red de proyectos, se trabaja diferente...” (Entrevista 1).

“...Y es diferente, cuando trabajas en un hospital siempre están los parientes y es más libre no sé, la gente no tiene tanto miedo o no le da tanto escozor (...) Es que el neuro es un lugar muy especial no es lo mismo que trabajar en un dispensario o en un geriátrico, el neuro es un hogar y una cárcel para muchos (...) pero bueno desde ese lado es un trabajo más reglado, más organizado que en instituciones públicas por lo menos en mi experiencia “(Entrevista 2).

“ ...en el consultorio tus horarios los manejas vos y el trabajo es un proceso que lleva con el paciente no una atención inmediata, aunque te digo que también nose, varia como haces tu trabajo en (...) funciona diferente a acá, es que es un instituto provincial publico cambia mucho el contexto del paciente... hay una dinámica diferente eso sería (...), uno sigue un procedimiento y la atención siempre está enfocada a las necesidades del usuario, pero eso no quiere decir que no tengas como te decía en un principio tener que cumplir con los estándares y objetivos que te plante la institución, (...) por que en definitiva vos estas trabajando también para ellos... “(Entrevista 3).

Así como otro factor fue el peso de las concepciones negativas de la locura como lo vemos referido en los siguientes fragmentos de entrevistas.

“(...) te miran como si laburaras con algo raro, piensan que los pacientes son agresivos que están todo el tiempo alucinando (...) “(Entrevista 2).

“(..) los pacientes ante todo son personas que sufren, pero la sociedad los ve como si fueran otra cosa, cualquier cosa menos personas siempre fue así y eso porque a la locura se asocia lo extraño

y en torno a lo extraño se forma una neblina densa y toxica que nos impide vernos en los procesos de salud y enfermedad como individuos complejos y enteros... las enfermedades mentales quedan relegadas al miedo y a la condena social...” (entrevista 3).

También estuvo presente la ley de salud mental, recuerdo haber sostenido largos diálogos con los profesionales con respecto a esta, ya que, para la mayoría de ellos la implementación de esta ley fue durante más de la mitad de su carrera, yo por el contrario venia con una formación bajo el paradigma de dicha ley. Por lo que, muchas de las conversaciones y entrevistas rondaban en torno a comprender como fue la implementación de la ley para ellos en cuanto a sus prácticas. En este sentido, conocer si sus prácticas se vieron modificadas, ¿Cuáles? Y ¿Cómo?, como se verá en detalle en el tercer parte de la sistematización.

## 7.2 ANÁLISIS Y SISTEMATIZACIÓN

En este apartado y teniendo presentes el contexto clínico e institucional, la perspectiva teórica apartado y las diversas dimensiones que fuimos trabajando, nos adentraremos en el análisis del quehacer de los equipos de guardia y de los profesionales intervinientes en el proceso de atención de situaciones de urgencia y/o crisis en el dispositivo de guardia de la clínica Saint Michel.

Atal fin este análisis se encuentra dividido en tres partes siguiendo con la lógica planteada en el apartado nº 6 de las tres dimensiones en las que desglosamos el quehacer de los profesionales de la salud mental. De esta manera, globalmente descomponemos el análisis en tres grandes aspectos:

1) Las concepciones del padecimiento mental: en esta primera parte el lector se encontrará con un análisis que tiene como objeto visibilizar los atravesamientos que acontecen en las prácticas de los equipos de guardia de la clínica Saint Michel, por las diferentes concepciones del padecimiento mental a lo largo de la historia, la expresión de estas en los profesionales de la salud mental, en los usuarios de salud mental y en los acompañantes de estos.

2) La incidencia institucional en el quehacer de los profesionales de la salud mental: en esta segunda parte se trata de exponer los condicionamientos a los que se ven sujetas las practicas del equipo de guardia por la institución en la que se sitúan, es decir, por la clínica monovalente privada Saint Michel en tanto institución total, así como la influencia que esta tiene en los sujetos con padecimiento mental y en sus acompañantes.

Finalmente se explayará un análisis de la incidencia que la guardia de la clínica privada monovalente Saint Michel tiene en su calidad de dispositivo, en los procesos de subjetivación y desubjetivación, de los profesionales de la salud mental y de los usuarios de salud mental que por allí pasaron.

3) La incidencia de las disposiciones legales en el quehacer de los profesionales de la salud mental: Aquí se expondrá una ilustración de la incidencia que tienen el modelo social de la discapacidad y de derechos humanos, sobre el que se apoya la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental (2010), en las prácticas de los equipos de guardia de la clínica Saint Michel en situaciones de crisis y/o urgencia.

#### 7.2.1 LAS DIFERENTES CONCEPCIONES DEL PADECIMIENTO MENTAL Y SUS INFLUENCIAS EN EL QUEHACER Y ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Como se ha podido observar en la dimensión histórica del quehacer de los profesionales de la salud mental, el padecimiento mental ha sido comprendido de diferentes maneras, por lo que, los quehaceres y roles de los profesionales y de los sujetos padecientes han ido cambiando en función a las diferentes concepciones que han circulado en torno al padecimiento mental.

Estas maneras de entender y comprender al padecimiento mental a lo largo de la historia no han desaparecido y podemos verlas expresadas en la actualidad en los espacios de salud mental atravesando a los usuarios de salud mental, a los profesionales y por tanto a sus prácticas.

Una ilustración de lo expuesto, la vemos en el siguiente fragmento de registro de campo, en este relato del enfermero E3 ante la conducta de un usuario quien se encontraba en estado de

crisis. Recibimos un llamado de uno de los sectores del internado, acudimos al mismo con la psiquiatra P1, al entrar nos recibe E3 quien nos comenta.

*“E3: ahí está, lo pusimos con sujeción hasta que usted viniera...- La psiquiatra P1 se dirige a la habitación y me pide que espere afuera ya que Ci es un F22<sup>1</sup> me quedo afuera, dentro hay 2 enfermeros. –*

*E3: esto no es un brote, se hace el loco por qué no lo vino a ver nadie a la visita (...) como les dije en el pase de guardia, es muy rebelde muy caprichoso no acata ordenes, y esta todo el tiempo haciendo lo contrario a lo que le decís... ahora agarro de costumbre tirar las sillas, anoche que quería escuchar radio... eso es porque la familia no le pone límites y él se aprovecha”* (Registro 33).

Como podemos observar en el relato, el estado de crisis de este usuario es percibido bajo un criterio que se corresponde con una concepción positivista naturalista del padecimiento mental, la cual concibe al sujeto con padecimiento primero como un sujeto moral. Es decir, en esta concepción -como se expone el apartado 6.1.1.2- la construcción de los conocimientos sobre el padecimiento mental partía desde un criterio moral del deber hacer y deber ser, por lo que, se establecían descripciones más o menos prejuiciosas de la conducta anormal y clasificaciones que se confundían con el origen y causa de los trastornos (Galende, 2008). En consecuencia, el padecimiento mental no era comprendido en sí mismo como enfermedad, así bajo la definición de enfermo mental, el sujeto padeciente no es comprendido como un ser humano en sus experiencias de vida, en el sentido de interpelarlo en su experiencia, abriendo el interrogante y la duda sobre la locura y el desvío de la razón. Por el contrario, bajo esta concepción naturalista positivista se trata de curarlo diciplinando su conducta, conteniéndolo, reintegrándolo a la razón y normalizando su pensamiento (Galende, 2008).

Es decir, esta imagen del “loco”, “alienado”, “enfermo mental” establece, valga la redundancia, una relación de incomprensión para con el padecimiento mental y los sujetos padecientes. Así lo vemos en el anterior fragmento de registro de campo, en la expresión de E3 quien refiere el acto de tirar sillas no como una expresión del estado de crisis del usuario, sino que lo atribuye a un capricho y rebeldía de este último, es decir, su conducta es puesta en términos de lo que se debe o no hacer.

---

<sup>1</sup> F22: Nomenclatura del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) que designa el trastorno delirante.

Al respecto, en el siguiente fragmento de una entrevista realizada por la presente, nos comenta el enfermero E1, compañero del enfermero E3, cómo fueron sus primeras experiencias en la atención en situaciones de urgencia y/o crisis dentro del internado.

*“Pasante: Volviendo a tus primeras experiencias en situaciones de urgencia. ¿Qué me puedes contar?”*

*E1: Al principio fue difícil, esto que te digo que no es lo mismo trabajar en un hospital a un neuropsiquiátrico, cuando recién empezàs hasta que te acostumbras a ver a los pacientes, a los días difíciles (...) Me acuerdo que una vez a la noche teníamos un paciente que estaba mal, de concretar, ahí entendí como es realmente una depresión... Era la primera vez que yo me quedaba de noche, el tipo me pedía por favor que lo dejara solo (...) después empezó con una lapicera a lastimarse las muñecas que tenía vendadas, esa mañana le habían hecho unos puntos por que se había cortado en la casa. Lo tuvimos que poner con sujeción, era imposible que no se lastimara (...) vos le veías los ojos, el dolor de ese hombre y no por las muñecas(...) Eso es lo difícil, que nadie te enseña a cómo hacer con el dolor mental, lo físico lo paras, pero la cabeza no para nunca y trabajar todo el tiempo con personas que están con patologías mentales es difícil, hasta que te acostumbras...y entiendes que es una enfermedad, que la mayoría son crónicas, que no puedes relajarte y pensar que es de capricho de inmaduro sino que el paciente está en una lucha constante y cuando llegan acá es porque están cansados, porque la enfermedad les va ganando o por esto que te decía, el apoyo externo es básico y la mayoría no lo tiene...Es muy complicado, todo es más difícil” (Entrevista 2).*

Como vemos en la entrevista, E1 refería que en un principio la dificultad que se le presentaba en su quehacer como profesional de la salud mental, residía en la complejidad que supone asimilar al padecimiento mental y a los usuarios que las padecen en el ejercicio de la práctica profesional. Puntualmente refiere a el sufrimiento psíquico diferenciándolo del sufrimiento físico en la cualidad de que este último puede pararse o refrenarse. En este sentido como nos indica E1 *“la cabeza no para nunca”*(Entrevista 2), y esta particularidad constituye una dificultad en el trabajo con los sujetos con padecimiento mental.

Es decir, el constante contacto con el sufrimiento de otro sujeto plantea una complejidad en la práctica que, en primera instancia, su manejo depende de un proceso experiencial de cada profesional como nos expresa E1 *“...nadie te enseña a cómo hacer con el dolor mental (...) trabajar todo el tiempo con personas que están con patologías mentales es difícil, hasta que te acostumbras...”* (entrevista 2). Así también lo vemos cuando E1 refiere en su primera noche en el internado al estar a cargo de un usuario y verlo en su padecer, comprender que el intento de suicidio de ese usuario y el empeño en concretarlo no era un signo de inmadurez o capricho, sino una consecuencia de su padecimiento.

En esta experiencia que nos relata E1, la comprensión de las enfermedades como tales devino de percibir al usuario no como loco o enfermo mental al que debía corregir y disciplinar para que no se cortara, sino por el contrario, de percibirlo como sujeto padeciente que se encuentra “luchando” con su patología.

En consecuencia E1 nos refiere un posicionamiento que se corresponde con las concepciones devenidas de las psicoterapias y la Salud Mental abordadas en el apartado 6.1.1.3, ya que al referir “*entendes que es una enfermedad*”(Entrevista 2), como ya nombramos, establece al sujeto con padecimiento mental como sujeto que padece una afección sin incurrir en una mirada personalista de la enfermedad, como vimos en el apartado 6.1.1.1, es decir un atributo negativo en el que se confunde la condición de padecimiento mental con el sujeto particular y singular que lo padece, hay una clara diferenciación entre padecimiento y sujeto cuando E1 refiere “*que el paciente está en una lucha constante*” (Entrevista 2). En este sentido al aludir a la complejidad que suscita la atención de los sujetos padecientes comprende que el padecimiento mental implica muchos ámbitos en la vida del sujeto que lo padece, en la que el aspecto social, cultural y comunal constituye un factor clave para la comprensión y tratamiento del padecimiento mental así lo vemos cuando nos expresa E1 “*el apoyo externo es básico y la mayoría no lo tiene*”(Entrevista 2). En este sentido no posiciona al sujeto padeciente como un sujeto “degenerado” por su condición de padecimiento, cualidad que es atribuida desde las concepciones positivistas y naturalistas, sino que sitúa al padecimiento mental y el tratamiento de los sujetos que lo padecen como “*muy complicado, todo es más difícil*” (Entrevista2).

Así mismo cabe señalar, también, que las diferentes concepciones que circulan en torno a las enfermedades mentales influyen e involucran a todos los sujetos en los espacios de salud mental, por lo que los profesionales no son los únicos. Por ejemplo, en el siguiente fragmento de registro de campo vemos a Ii, una usuaria interna que asistimos junto al equipo de guardia. La asistencia a esta usuaria comenzó con un llamado telefónico de un enfermero quien solicitaba al equipo de guardia, refiriendo que I se encontraba en estado de crisis y muy angustiada.

*“Acudimos al sector correspondiente y el enfermero nos condujo hasta la habitación de I, ella se encontraba sentada en el final de la cama, sus manos entrelazadas se refregaban con gran tensión al igual que sus pies, tenía el rostro hinchado por el llanto y al vernos comenzó a llorar nuevamente. La psiquiatra P1 se acercó con calma hacia ella, se sentó en la cama de enfrente y le preguntó qué estaba sucediéndole.*



*Ii: Estar acá me pone mal, me siento una fracasada y no puedo decirles a mis amigos que estoy acá....*

*P1: ¿Por qué no? si hablas con tu terapeuta te puede dar permiso para que te visiten...*

*Ii: ¡No! NONONO! Ya les dije que estaba en el exterior visitando a mi mamá...no quiero que piensen que estoy loca o que tomo pastillas ni que me vean con todos estos...*

*P1: Ii, estas en una clínica y te estas tratando para poder salir y estar bien, pero si no comes, no tomas la medicación y no vas a tus sesiones este tiempo que vas a pasar acá se va a alargar...*

*Ii: Estoy harta, harta de todo esto de este lugar de esta cosa que me agarra (llora)...para que quiere que vaya al psicólogo si después todo empieza de nuevo (llora)...no ve que acá no tenemos cura, que si ni las pastillas nos ponen mejor (llora).*

*P1: Bueno, tranquila Ii, necesito que te calmes y me escuches. No te vas a curar por arte de magia o por una medicación, mucho menos si vos no pones tu parte en el tratamiento (la mira atentamente a los ojos) el progreso o no de tu recuperación es también tu responsabilidad, nosotros (mirando a los dos enfermeros y a mi) estamos para acompañarte y cuidarte, pero si no pones tu parte esto no va ni para atrás ni para adelante, entendido.-Ii la mira y le responde con un sí asintiendo con la cabeza.*

*P1: ...Les tenes que hacer caso a los enfermeros, ellos están acá para cuidarte, no para retarte, esto es una clínica y ellos son profesionales que estudiaron y están capacitados para estar acá con vos y con tus compañeros” (registro 43).*

En esta situación podemos advertir la presencia de diferentes concepciones en torno a las enfermedades mentales. Por un lado, vemos en la imposibilidad de la cura que expresa Ii, una pasividad en su rol como sujeto padeciente, esta pasividad se debe a que dentro de la concepción positivista naturalista de las enfermedades mentales como vimos en el apartado 6.1.1.2 hay una negación del sujeto padeciente como parte de la experiencia de su padecer.

En efecto, dentro de esta manera de concebir el padecimiento mental el sujeto padeciente está fuera de escena como sujeto, es decir, no se toma en cuenta a los síntomas como la expresión de un conflicto psíquico, histórico y vivencial del sujeto que lo padece, sino, como un signo de un trastorno por desequilibrios cerebrales (Galende, 2008). En consecuencia, al no haber sujeto, sino un enfermo mental, el sujeto padeciente no tiene posibilidad alguna de argumentar racionalmente su padecer. Su rol se cierne en torno a la espera y pasividad en el proceso y desarrollo de su enfermedad (Galende, 2008).

Así lo expresa Ii cuando refiere la imposibilidad de la cura al fracaso de la medicación, ya que los síntomas y su padecer retornan. Es decir que ella, en este sentido, percibe la cura en el medicamento una sustancia externa excluyéndose como sujeto en su padecer.

Por el contrario, como se observa en el registro 43 P1 pone en cuestión este posicionamiento que refleja Ii para con su padecer, instándole a ocupar una posición activa en el proceso de su recuperación, confrontándola con su responsabilidad dentro del proceso de su padecimiento.

Esta intervención de P1 se corresponde con las concepciones de Salud Mental que parten de una ética que considera al sujeto del padecimiento mental, su experiencia, su memoria y su sensibilidad. Aquí el sujeto padeciente es entendido como un ser humano en la dimensión conflictiva de su existencia como tal, instándolo a una comprensión conjunta de su malestar psíquico, en definitiva, haciéndolo participe en el proceso de su atención.

Así, cuando P1 interviene, lo hace en función de restituir a Ii como sujeto implicada en su existencia, en su padecer. En esta intervención, no se acalla a Ii con un calmante, taponando los síntomas y el conflicto que se halle en su padecer. Esto debido a que el síntoma desde Salud Mental y las psicoterapias, entendido como conflicto psíquico, florece de la imposibilidad del sujeto para reconocer y afrontar los conflictos de su existir, entre sus deseos o tendencias contradictorias o entre lo que anhela y la realidad exterior (Galende, 2008).

Es entonces que como intervención se busca abrir las dimensiones del conflicto, buscando conocer y reconocer las fuerzas que operan en él, haciéndolo expresarse en las palabras y el pensamiento del sujeto que lo padece. De esta manera al exponer al sujeto a su sufrimiento y dejando hablar al síntoma, es que él se puede escuchar, asumiendo los avatares de sus deseos y de su existir desde la reflexión y el pensamiento y no ya desde los síntomas.

Considero oportuno en este punto del análisis poner el acento en que desde las concepciones de Salud Mental y las psicoterapias no se sostiene una negación del uso de medicación psicofarmacológica como una herramienta terapéutica, ya que sostiene una idea de sujeto padeciente compleja multicausal por lo que sería impensable pensar a un sujeto padeciente sin biología, así lo vemos representado en la atención de sujetos con consumo problemático de sustancias, en donde la medicación resulta una herramienta sumamente indispensable dentro del proceso terapéutico como por ejemplo, cuando se pasa por un periodo de abstinencia como lo vemos representado en el siguiente registro de campo referente a la consulta por guardia externa de Ri.

*“Ri consulta por la guardia externa acompañado por su madre, al entrar al consultorio la psiquiatra P1 les indica que tomen asiento y les pregunta.*

*P1: Bueno, qué anda pasando.*

*Madre de Ri: Mire doctora ya no sé cómo hacer... -su rostro se arruga y sus ojos se le llenan de lágrimas, hace una pausa y respira- según él no consume, pero mírelo como está -dirige su mirada hacia Ri quien está sentado a su lado, con la cabeza baja gesticulando, sus manos tiemblan al igual que sus piernas-...yo no puedo estar todo el tiempo encima de él, tengo que ir a trabajar y tengo dos nenas chiquitas (llora)...- Ri se para y comienza a caminar por el consultorio.-*

*P1: Sentate Ri.*

*Ri: Yo no tome nada se lo juro, hace dos días que no tomo nada- comienza a rascarse la cabeza con nerviosismo- pero no puedo más, me voy a volver loco si no...*

*Madre de Ri: Vez vez que mentís, me dijiste que no habías tomado nada.*

*P1: Bueno tranquilos, que medicamento está tomando (mira a la madre).*

*Madre de Ri: No ninguna que yo sepa, la vez pasada le dieron, pero ya se terminó las cajas y después volvió con esa porquería... yo sabía...*

*P1: Bueno, Ri sentate, estás así porque no seguiste tomando la medicación... yo te voy a dar un esquema y lo vas a seguir, eso te va a ayudar con los temblores y el nerviosismo, quédate tranqui- se dirige a la madre de Ri- no puede dejar los medicamentos a menos que su psiquiatra se lo indique, tiene que seguir con tratamiento psicológico también e ir una vez al mes a que le renueven las recetas (...)- (mirando a ambos)- las adicciones son difíciles el cuerpo se acostumbra y la mente también, tienen que tener paciencia, esto se afronta en red tenes que tener un psiquiatra y un psicólogo, ir a todos los controles y las sesiones... acá van abrir un espacio en el hospital de día para adicciones... yo le puedo recomendar estos lugares para que vallas, hay chicos de tu misma edad que les pasa lo mismo que a vos, tenes que hacer los tratamientos...” (Registro 45).*

Como vemos en el caso de Ri es necesario y menester que siga con la medicación, ya que esta es una herramienta indispensable, en su caso, para poder afrontar el periodo de abstinencia, es decir, aminorar los síntomas físicos por la falta de la sustancia que consumía. En esta intervención P1 comprende a Ri como un sujeto en todas sus dimensiones atendiendo a la urgencia que este presenta, los síntomas de abstinencia. Por ello mismo también interviene en referencia a que la madre Ri comprenda que las adicciones son una enfermedad compleja en la que- en casos como Ri- el usuario que la padece debe de tener un tratamiento farmacológico y psicológico sostenido en el tiempo, al referirle *“las adicciones son difíciles el cuerpo se acostumbra y la mente también”* (Registro 45). Es decir que su padecer- en este caso el consumo problemático de cocaína- no es concebido bajo un punto unidimensional en donde la

medicación sería el único tratamiento, así lo vemos expresado cuando refiere a la madre de Ri y a Ri la necesidad de comenzar un tratamiento psicológico y la posibilidad de asistir a grupos terapéuticos u hospitales de día como parte de un proceso terapéutico.

En consecuencia, como vemos estas intervenciones son en pos de guiar a los usuarios de salud mental y de situarlos en una comprensión del consumo problemático de sustancias y el padecimiento mental multicausales. Esta intervención se debe en parte a que, como vimos en el apartado 6.1.1.2 la implementación de drogas psicotrópicas sobre la vida emocional resultó, dentro de la concepción positivista de las enfermedades mentales, la herramienta de primera mano y luego se popularizó en la población como ilustramos en el apartado 6.1.1.3 y vemos en Ii -como mencionamos anteriormente- cuando refiere la imposibilidad de la cura al retorno de su padecer por más que tome la medicación. Es decir, el impacto que generó el consumo de psicofármacos calmantes - dentro de la lógica positivista del padecimiento mental- “es poder enajenarse de uno mismo, eliminar esos síntomas afectivos y emocionales que nos hacen presente a la conciencia de nuestro malestar en la vida que llevamos, es devenir otro de lo que se es” (Galende, 2008 p.12).

En consecuencia, vemos en las intervenciones de P1 en dos casos diferentes de crisis una singularización de los sujetos en su padecer, por lo que en Ii un calmante sería una obstrucción con su proceso de recuperación y en Ri por el contrario un beneficio ya que calmando los síntomas físicos de la abstinencia que presentaba es que este se podrá encontrar en condiciones de comenzar un tratamiento psicológico.

Así mismo, hay un punto en común en las intervenciones de estos dos casos el cual es instar tanto a Ii como a Ri a ser sujetos activos en su proceso de tratamiento, recuperación y en la consulta misma, es decir, que no se enajenen de estas experiencias, sino que se perciban como sujetos protagonistas de las mismas instándolos a un rol activo y comprometido con su padecer, en un campo de alteridad como nos ha mostrado la psiquiatra P1 mediante sus intervenciones.

Por otra parte, vemos en Ii una concepción del padecimiento mental ligado a la estigmatización, cuando refiere ocultar su ubicación y la cualidad de su padecimiento a sus amigos, esta percepción de Ii podemos decir, no nace espontáneamente, sino que la estigmatización y segregación del padecimiento mental y de los sujetos padecientes de la misma es una actitud y conducta que se empleaba desde la antigüedad y se siguieron sosteniendo a lo largo de la historia como vimos en el apartado 6.1.1.1. De esta manera el padecimiento mental es un atributo que genera una gran desvalorización y descredito social. En consecuencia, el

sujeto padeciente es tratado con mucho recelo por parte de la comunidad en la que vive, ya que este es visto como peligroso, impredecible, violento e inútil consolidando una relación de rechazo y exclusión (Goffman, 2006).

Así, bajo estas concepciones estigmatizantes los sujetos padecientes son relegados a ocupar un rol de condenado, extraño y marginal. Y es en este sentido que nos lo presenta Ii a través de su negativa a ser vista, en su precaución de no ser alojada por sus amigos en este rol, es decir adopta una actitud de alerta íntima sobre el conocimiento que los demás sujetos, en este caso sus amigos, tienen de la cualidad de su padecer, el padecimiento mental y de la residencia en la cual se encuentra por ese motivo, la clínica privada Saint Michel en tanto institución monovalente.

Otra de las consecuencias de estas conductas y actitudes de ocultamiento es la ambivalencia que generan en los sujetos padecientes en aceptarse y aceptar como iguales a aquellos que comparten esa categoría estigmatizantes (Goffman, 2006), es así como nos lo presenta Ii cuando se refiere a la psiquiatra P1 no querer ser vista junto a sus compañeros refiriendo, “*ni que me vean con todos estos*” (Registro 43). En este sentido las actitudes de ambivalencia generan un incremento de angustia en el sujeto padeciente interno que dificultan su recuperación y constituyen un punto de conflicto que contribuyen al desencadenamiento de un estado de urgencia y crisis. Así lo vemos representado en el siguiente registro 31:

*Nos llaman del sector blanco por un paciente que se encuentra incontenible como refiere el enfermero E2b, llegamos el enfermero nos acompaña hasta la habitación, entramos. En la cama se encuentra doblando la ropa el paciente A, la psiquiatra P2 se acerca y le dice:*

*P2: que ocurre Ai esta mañana estabas bien.*

*Ai: hoy recibí una noticia devastadora doc. (llora) se acuerda que le conté que estaba conociendo una chica... se enteró de que estoy acá... ahora nose que voy hacer...*

*P2: ¿y cuál sería el problema? Estas acá para tratarte, no hay nada de malo en eso.*

*Ai: es que yo realmente quiero estar con ella... (llora)*

*P2: vos hablaste con ella*

*Ai: no no me da... que le voy a decir... hola soy A la sanguijuela depresiva de mi familia... (llora)*

*P2: bueno ya hablamos de los sobre nombres, hasta que no hables con ella no podés saber lo que va a pasar, asique cálmate anda al patio distráete un rato ha.*

*Ai: no puedo, (llora)*

*P2: esta es tu vida, no es lo que te dice tu mama vos no sos una sanguijuela sos un chico inteligente que trabaja estudia y lo más importante le das lucha a esta enfermedad y acá estamos nosotros trabajando con vos, trata de ver más allá del ahora sí.*

*Ai: Gracias doc. Pero me canso sabe (llora).*

*P2: bueno A mira ahora te voy a dar un calmante si, pero necesito que no aflojes sí.*

*E4: ya mañana tenes sesión la vi hace un ratito a la licenciada x y me dijo que a las 10 estés listo.*

*Ai solo mira ya que no puede contener sus lágrimas y se va con el enfermero a la sala de enfermería. La psiquiatra P2 me mira y me dice*

*P2: es un sol más bueno que el pan y tiene recursos para lo suyo, pero la familia lo desestabiliza, ya hace tres años que viene acá... (Registro 31).*

Como vemos Ai manifiesta un estado de urgencia, su angustia deviene del miedo a ser alojado como “la sanguijuela depresiva de mi familia” (Registro 31), por la persona con la cual se encontraba saliendo ya que esta se había enterado de que él se encontraba internado en la clínica privada monovalente Saint Michel. Su preocupación se desencadena por la angustia que le provoca ser puesto como un sujeto desacreditable, un sujeto a quien bajo la categoría de paciente mental, loco, alienado, sanguijuela depresiva es negada su aceptación social. En este sentido vemos como el conflicto que supone la estigmatización en los sujetos con padecimiento mental no es por su padecimiento, sino por las actitudes de personas que sostienen una mirada prejuiciosa del padecimiento mental que se ven reflejadas en sobre nombres como vemos aquí. Estas actitudes prejuiciosas constituyen una imagen negativa en el yo del sujeto padeciente, entorpeciendo el proceso de tratamiento y recuperación como nos lo refiere la psiquiatra P2 al comentarnos “tiene recursos para lo suyo, pero la familia lo desestabiliza,” (Registro 31).

Otra ilustración de lo expuesto lo podemos ver en el siguiente fragmento de una entrevista realizada a E1 el enfermero nombrado anteriormente.

*“Pasante: en esto que me decís que no es lo mismo una diabetes que una depresión ¿a qué te referís?*

*E1: Y a que, a esto, que al loco no se lo quiere, la mayoría de los pacientes le dicen nada más que a la familia que están acá. Y es diferente, cuando trabajas en un hospital siempre están los parientes y es más libre, la gente no tiene tanto miedo o no le da tanto escozor.*

*Pasante: ¿Vos decís que la gente tiene miedo a la institución o a los pacientes?*

*E1: A los pacientes y a la institución en donde están (...) cuándo vos le contas a alguien que no trabaja en lo mismo que vos, que trabajas en un neuro te miran como si laburaras con algo raro, piensan que los pacientes son agresivos que están todo el tiempo alucinando, como si la vida real fuera como las películas (se ríe) y la verdad es de que no es así, es complicado sí, pero terminas renegando más con las familias que con los pacientes” (Entrevista 2).*

Como vemos esta relación de ocultamiento, segregación y dominación sobre el padecimiento mental y los sujetos padecientes sigue atravesando las prácticas de los profesionales de la salud mental, en tanto estas concepciones, como vemos, se encuentran presentes en los usuarios y familiares de los mismos, por lo que influyen y disponen los procesos de recuperación y tratamiento, en consecuencia, disponen e influyen las prácticas de los profesionales como es el caso de la psiquiatra P1 sus intervenciones refiere a Ii, su implicancia activa en su proceso de recuperación y un encuadre, en tanto le refiere que se encuentra en una clínica, y bajo el cuidado de profesionales. Es decir, aquí el quehacer se ve orientado a desmitificar no solo la imposibilidad de la cura, en el sentido que expusimos anteriormente, sino también, a cuestionar esta imagen del “loco” y del “manicomio” que deja entrever Ii en su rechazo a ser visitada. También en el caso del enfermero E1a1 referir “*renegar más con la familia*” (entrevista 2), y la psiquiatra P2 cuando le refiere a Ai “*esta es tu vida, no es lo que te dice tu mama vos no sos una sanguijuela sos un chico inteligente que trabaja estudia y lo más importante le das lucha a esta enfermedad*” (Registro 31).

#### 7.2.2 LAS IMPLICANCIAS DE LA CLÍNICA PRIVADA MONOVALENTE SAINT MICHEL COMO INSTITUCIÓN TOTAL EN LAS PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS DE GUARDIA

Desde un principio la institucionalización de los sujetos con padecimiento mental obedeció a una instancia de orden social, en la cual esta, era sinónimo de disciplinamiento del interno a las normas sociales y particularmente a las de la institución (Foucault, 2009). Sumada a esta

lógica en la que se erigió el internamiento las instituciones totales exigen una cualidad particular en los roles de los sujetos que las habitan debido a las contingencias que supone organizar y manejar la satisfacción de las necesidades básicas de un gran conglomerado de personas que residen por un tiempo prolongado dentro de la institución. (Goffman, 2009).

De esta manera es posible observar una división de los sujetos que se encuentran en ellas en dos grupos, el primero y más numeroso es el de los sujetos padecientes internos, y el segundo de menor número lo constituye el personal que allí trabaja, dentro del cual en esta institución se encuentra el equipo de guardia. Este grupo es el designado por la institución como el grupo supervisor con el poder de dirigir y disciplinar al grupo de internos por lo que, consecuentemente con esta lógica institucional, el quehacer del equipo de guardia se ve orientado a la supervisión y vigilancia de los sujetos padecientes internos. Estas prácticas las vemos por ejemplo en el siguiente fragmento de registro de campo.

*“Recibimos un llamado del internado por una de las enfermeras del sector, esta nos comunica que la paciente S está incontinente, nos dirigimos al sector y nos encontramos con una usuaria interna, está al vernos se dirige hacia nosotros, se la ve somnolienta y temblorosa con la marcha inestable.*

*Si: ¿por qué no me puedo ir al sector blanco? Si me estoy portando bien, estoy así -extiende sus brazos hacia adelante señalando con la mirada el temblor de los mismos- no me gusta este sector, están todos mal, cámbieme doctora.*

*E2: decí la verdad, no te estas portando bien anoche no comiste y hoy tampoco, por eso estas toda temblorosa.*

*Si: no me gusta esa comida, porque tengo que comer algo que no me gusta...*

*E2: esto no es un hotel, y hasta que no cambies tu conducta te vas a quedar acá.*

*P1: haber Si cual es el problema.*

*Si: que no me gusta estar acá, cámbieme.*

*E2: te cambiamos de sector porque no le hacías caso a los enfermeros del otro sector y tampoco estabas comiendo bien, como dijo la enfermera esto no es un hotel...tenes que respetar a los enfermeros también...*

*Si: Pero si yo me porto bien... qué, ¿es porque no quiero comer?*



*E4: no es solo eso Si, tenes que hacernos caso cuando te decimos que tenes que levantarte, comer, ir a los talleres, ya hace 3 días que no vas a gimnasia ni a las charlas grupales.*

*Si: y no me ve, no ve que no estoy bien, porque tengo que hacer todo lo que me decís, no tengo ganas, quiero estar sola...*

*P1: mira Si no estamos discutiendo sobre cómo te tenes que comportar, te estamos diciendo lo que tenes que hacer si vas a quedarte acá, sino te gusta pedís la alta voluntaria si..." (registro 14).*

Como vemos en el registro, la enfermera E2 en su llamado al equipo de guardia y en sus intervenciones de exponer la renuencia de Si a comer y acatar las órdenes de los enfermeros desempeña un rol de control hacia la conducta de Si, este control tiene como objetivo que Si se adapte a la rutina estipulada por la institución. Del mismo modo, en la intervención de P1, vemos rectificar y apoyar este control orientado a la adaptación que se pretende de Si, mediante diferentes estrategias, una de ellas fue cambiarla de sector y negarse a reintégrala en el sector que estaba antes.

Estas prácticas que devienen de un orden institucional para el dominio de los sujetos padecientes internos, también se reflejan en el manejo restringido de la información que el grupo de profesionales de la institución (Goffman, 2009) - aquí particularmente el equipo de guardia- establece para con el grupo de los sujetos padecientes internos. Como observamos en la siguiente entrevista realizada a Si días después.

*Pasante: ¿Es la primera vez que estás internada en una clínica monovalente?*

*Si: En un loquero si, (...) si no haces lo que ellos quieren te rompen las bolas todo el día no te dejan en paz (...) yo me interne voluntariamente porque mi casa es un quilombo, hace mucho que sufro ataques de pánico y este último tiempo... no quiero que mi hija me vea así... vine a tomarme un respiro, a ver si puedo componerme un poco, estar tranquila...y acá... a medias podes descansar están todo el tiempo sobre uno, no me voy por qué no estoy... pero apenas este mejor pido el alta, aparte extraño mucho a mi hija, pero por eso también estoy acá soportando todo esto para estar mejor para ella...*

*Pasante: Entonces ¿cómo te sentís estando internada aquí?*

*Si: Mal- suspira- así como ves mal... sabes que pasa yo vine buscando un lugar en donde pueda estar mal sin tener que andar disimulando, soy mama soltera, tengo dos trabajos en los dos soy encargada... no puedo darme el lujo de estar mal, tengo que cumplir y ser excelente,*

*porque de eso depende mi vida y la de mi hija... y... donde yo me muevo la imagen es fundamental...*

*Pasante: Entonces este mal estar se debe a que...*

*Si: Y si son muchas cosas, pero no se (...) es que no entiendo por qué tanta insistencia con hacer todas las actividades...nadie me dijo que iba a ser así, si me dijeron que había un montón de... cosas, pero no que las tenía que hacer sí o sí (Entrevista 1).*

Como vemos, el equipo de guardia no explicita a Si cierto tipo de información referente a la conducta y rol demandado por la institución, como el cumplimiento de la rutina de esta, a menos que ésta se resista voluntariamente a cumplirla.

De esta manera las restricciones de información y también de contacto son prácticas que ayudan a sostener los estereotipos antagónicos entre el grupo de sujetos padecientes internos y el grupo del equipo de guardia y demás trabajadores de la salud mental involucrados allí. Así, mediante la retención de información se establece una diferencia de poder, poder en el sentido de que los profesionales entienden las disposiciones que se juegan dentro de la clínica con respecto a los roles que esta exige, en este sentido, Si se encuentra en menor grado de conocimiento y a la dependencia de los profesionales.

Otro ejemplo ilustrativo de estas prácticas se observa en la manera que los equipos de guardia clasifican la conducta general de los sujetos padecientes interno. Como, por ejemplo, lo vemos en el siguiente fragmento de registro de campo de un pase de guardia.

*P2: “X masculino F20 está (...) x femenino consumidora de cocaína está en el blanco, x femenino F32 está en el rojo (...) F29 no se fíjate, en el internado ayer se brotó x masculino asíqué le hice un S.O.S y en el blanco x masculino también anduvo pidiendo S.O.S (...)*

*Sector rojo*

*E4: X masculino y x femenino están de permiso, x masculino está bien tranqui, x masculino se le están haciendo cambios en el esquema pide todas las noches S.O.S y se le da para que pueda dormir ... x masculino está preguntando mucho por el alta voluntaria demandante(...) como sigue así rebelde x femenino la pasamos al blanco por esto (...) X femenino está muy angustiada, ayer suspendió la visita... x masculino mal con cólicos, x masculino ayer tuvo una discusión con x masculino y a (el último) lo llevaron al amarillo esta demandante, rebelde... x masculino está muy ansioso y lo tuvimos todo el día en el office (...) x femenino la está esperando a ustedes porque a mí ...ayer estuvo muy angustiada y refirió que tuvo convulsiones*

*pero para nosotros es una crisis histérica, esta mañana de nuevo se puso mal, asique le dijimos que ahora la iba a ver un doctor... x masculino, está tranqui (...)* (registro 33).

Como vemos en el registro, hay un tipo de clasificación de los sujetos padecientes internos que hacen referencia a el síndrome o diagnostico que estos presentan, esta clasificación, se da generalmente entre los dos equipos de guardia compuestos por un/a psiquiatra y una médico/a clínico/a respectivamente. Por otro lado, vemos aparecer la nominación de “tranqui” y “rebelde” como modalidad que comparten el equipo de guardia con los enfermeros de cada sector para referirse a la conducta de los sujetos padecientes internos. Así, los que no presentan dificultades en el trato para con sus compañeros, los profesionales, las normas y rutina del internado son nombrados tranqui y los que presentan alguna resistencia al cumplimiento de las normas y rutinas de la institución, como así también conducta agresiva hacia los profesionales o los demás sujetos padecientes internos, es nombrado como rebelde y/o demandante, cuando un sujeto interno se encuentra en estado de crisis y/o urgencia o se lo percibe próximo a escaparse de la institución se los denomina “incontenibles”, por lo que esta clasificación es referida siempre que se llama al equipo de guardia al presentarse una urgencia desde el internado.

Este tipo de intervenciones que ilustramos se suscitan debido a que, como indica Goffman (2009) las instituciones totales tienen una estricta programación de las actividades de la vida diaria, y por tanto exige el cumplimiento de las mismas por todos los internos sin excepción. Esta premisa institucional provoca, muchas veces un punto conflictivo, en tanto que no todos los sujetos padecientes internos coinciden con el trato recibido. Así lo podemos ver ilustrado en la entrevista realizada a Si, cuando refiere no entender la insistencia en la realización de las actividades expresándolo como un impedimento - a “...tomarme un respiro...”, al “...sin tener que andar disimulando...” (Entrevista 1). - en su percepción de su proceso de recuperación.

Por otra parte, estas prácticas del equipo de guardia, obedecen a un rol de supervisión y control que no solo la institución requiere y exige, sino que son demandados por otros organismos de la sociedad y los familiares de los sujetos padecientes internos (Goffman, 2009). Como lo vemos representado en el siguiente fragmento de registro de campo.

*Recibe la psiquiatra P1 un llamado de la guardia por una consulta. Acudimos a la guardia, al entrar vemos en la sala de espera a dos policías y dos jóvenes, uno de ellos X con las manos esposadas, se lo nota soporoso y con movimientos lentos. La psiquiatra P1 saluda a los policías*

y les indica entrar al consultorio, los dos policías entran le indican a X que tome asiento y se disponen a salir. Uno de ellos se dirige a P1.

*Policía:* Ya arreglamos los papeles con las secretarías, solo faltaría su firma. - y le acerca un papel que llevaba en la mano- En ese momento X se para bruscamente de su asiento.

*X:* Nos les firme nada, ellos me quisieron matar. - P1 lo mira-

*P1:* Cálmate y quédate sentado sí.

Los policías salen y P1 también, afuera del consultorio les dice en voz baja que se queden ya que los enfermeros no habían llegado aún y que no sabía si iba a poder dejar internado al paciente ya que no contaban con muchas camas.

*Policías:* A nosotros nos aprobaron el traslado, en todo caso resuelva con el hermano.

Llegan dos enfermeros, P1 mira la hoja de ingreso del usuario y les refiere.

*P1:* Debe ser un F22, con cautela. - Los enfermeros entran y P1 me hace seña de que entre. Nos sentamos y P1 refiere a él joven que no estaba con esposas. -

*P1:* Cuénteme qué anda pasando.

*Hermano de X:* Mi hermano es un pan de dios, no lo vimos venir, tenemos una prima que le pasa lo mismo. (...) -relato de el motivo de consulta-

*P1:* Bueno, déjame ver si tengo camas disponibles.

*Hermano de X:* Pero ustedes se tienen que hacer cargo, nosotros no lo podemos tener, mire como esta ... si se le ocurre hacer de nuevo lo que hizo o se nos va.

*P1:* Esperame acá que ya vengo- sale del consultorio al hacerlo X vuelve a pararse y uno de los enfermeros le dice-

*E3:* Tranquilo, acá no te va a pasar nada malo ya viene la doctora y te atiende. (...) P1 ingresa al consultorio y le dice al hermano de X que ya se resolvió el tema del ingreso, le da las indicaciones de visita y le explica en que sector va a estar. (...) El hermano firma el ingreso le da un abrazo y un beso a X y le dice

*Hermano de X:* ...pórtate bien, después vamos a venir con papa... (registro 18).

En consecuencia, tanto la policía como el hermano de X delegan el rol de cuidador y supervisor a P1 en tanto ésta representa a la institución, en este caso, la clínica privada

monovalente Saint Michel así ahora ella junto con el personal que conforman la institución son los encargados del proceso de recuperación de X, pero también de garantizar la permanencia y adaptación de X al plan racional de la institución durante el tiempo que dure su internación.

Por otra parte, debemos mencionar que la clínica Saint Michel es una institución a puertas cerradas, por lo que la permanencia de los sujetos padecientes internos en ella presenta un punto de tensión entre estos y los profesionales. Esto debido a que la restricción de la libertad no es pasivamente asimilada por todos los internos en consecuencia muchos se ven forzados a permanecer dentro de la misma. De esta manera, una gran parte de las consultas del internado, tienen como motivo la posible fuga o incontinencia del sujeto padeciente interno, sobre todo cuando estos están judicializados.

A este propósito el equipo de guardia cumple un rol de control, tratando de garantizar la permanencia en la institución del sujeto padeciente interno. Así lo podemos ver en el siguiente registro de campo 7:

*Recibimos un llamado de un sector del internado de la clínica solicitando la presencia del equipo de guardia ya que uno de los internos se encontraba muy excitado, con ideas de fuga. Llegamos al sector amarillo nos dicen que se encuentra en una de las habitaciones del sector azul, nos dirigimos allí. En la habitación hay dos enfermeros y el paciente de aproximadamente 20 años se encuentra sentado en una de las camas con una remera y en calzoncillos.*

*P1: ¿Qué anda pasando Gi?*

*Gi: ... doctora es que yo no confío yo sé que atrás de todo esto están las farmacéuticas, que me quieren matar... yo sé todo...*

*P1: Acá nadie te quiere matar (...) no quieres que te de una medicación para que estés más tranquilo...*

*Gi: No no (...) me voy a portar bien...*

*P1: Bueno quédate tranquilo ha...- psiquiatra P1 sale de la habitación junto con uno de los enfermeros y le dice - hacele un lora y un Clonazepam ha ...*

*E3: Dale dale. (Registro 7).*

Como podemos observar ante la insistencia de Gi en irse de la institución los enfermeros llaman al equipo de guardia para que ayuden a contenerlo, a persuadirlo de abandonar la idea de irse y aceptar su situación actual.

De ahí que el equipo de enfermeros se encuentre atento a cualquier conducta que indique una posible fuga o un crecimiento de las ideas de irse de la institución, así como lo vemos también en el registro de campo 33 de un pase de guardia, cuando la enfermera E4 refiere que uno de los sujetos padecientes internos se encuentra “*demandante*” al preguntar por la alta voluntaria.

Por otra parte, en las instituciones totales, al trabajar con seres humanos y no con objetos el equipo de guardia se ve en un compromiso que presenta el trato humanitario hacia los sujetos padecientes internos (Goffman, 2009). Con esto me refiero a que una situación recurrente en las consultas de urgencia del internado se ven atravesadas por una demanda del sujeto padeciente interno, que no coincide con la institucional.

Así, por ejemplo, ante las conductas autolesivas de los sujetos padecientes internos la institución tiene la obligación de mantener la integridad física de estos, entonces observamos prácticas de contención como el uso de sujeción y sedantes, que van en contra de la voluntad del sujeto padeciente interno como lo vemos en el siguiente fragmento de registro de campo.

*Recibimos un llamado del sector rojo, la enfermera refiere que la femenino Yi que había ingresado ayer comenzó a lastimarse nuevamente y está en crisis. Acudimos al sector, al entrar a la habitación la enfermera nos refiere.*

*E6: Doc. qué bueno que vino, Y acá está la Doc. vas a estar bien.*

*Yi se encontraba con sujeción en manos y pies, tenía vendadas las dos piernas, y se movía constantemente, estaba callada, pero nos miraba con intensidad y su respiración se volvía cada vez más ruidosa y agitada. P1 se acerca y le pregunta*

*P1: que paso Yi, esta mañana estabas bien...- Yi la mira y comienza a agitarse cada vez más sin decir palabra. -*

*P1: tranquila te voy a dar un calmante, ya va a pasar...- Salimos de la habitación y la enfermera le refiere. -*

*E4: venía bien, pero hoy tuvo sesión y se ve que quedo muy movilizada, se abrió los puntos y se lastimó hasta la planta del pie... está con mucha agresividad contenida... me da una pena cuando está bien es un sol, ya es la tercera vez en el año que la tenemos.*

*P1: si, la familia la desestabiliza... dale una doble y me mantienes al tanto. (Registro 43).*

De esta manera, muchas veces el quehacer de los equipos de guardia y de los enfermeros se encuentran en un conflicto de intereses entre la institución y los sujetos padecientes internos. Así lo observamos de hecho en los fragmentos de campo 14 y 7 también.

En lo que respecta a los sujetos padecientes internos, estos reaccionan de diversas maneras que podemos dividirlos entre, los que se adaptan al rol que la institución exige de ellos y los que no. Estos últimos insisten en conductas como salir del internado, provocarse un daño a si mismo o a otros, no seguir la rutina estipulada en la regimentación de la vida diaria, entre otras. En estas resistencias los sujetos padecientes internos buscan, mediante diversas estrategias lograr imponer el ejercicio de su voluntad como por ejemplo lo vemos representado en el siguiente registro de campo de un pase de guardia en el cual un sujeto padeciente interno Hi espera el cambio de guardia para persuadir a la psiquiatra P1 de que lo cambie de sector y modifique su medicación.

Al respecto de este durante el pase de guardia la enfermera del sector en que se encontraba antes nos comenta,

*E2: (...) Hi antes de ayer se le hizo un lora porque estaba violento tiraba las tazas, se le marcaron pautas institucionales, se pegaba, gritaba, por riesgo de que le pegue a los demás pacientes lo mandamos al amarillo. (...) Al continuar con la ronda cuando llegamos al sector amarillo Hi se dirige hacia la psiquiatra P1.*

*Hi: Doc, doc necesito hablar con usted.*

*P1: Bueno espérame que hago el pase de guardia y después te busco ha... - Mientras nos dirigimos al office del sector psiquiatra P1 me comenta -*

*P1: Cuando se cambia a los pacientes siempre hay que esperar un día sin volver a cambiarlo, porque si no creen que estas de su lado (...) si los escuchas, pero no los cambias, esperas y si todo está bien lo cambia el que entre de guardia después, para eso lo anotas, es una medida conductual. (Registro 37).*

Como vemos Hi no desiste en su objetivo de lograr el trato que él considera para con su persona dentro de la institución, pero como esta conducta de los internos es frecuente en este tipo de instituciones, ante la resistencia que presenta Hi hay una práctica específica consensuada y comprendida por los equipos de guardia y los enfermeros, en esta se induce a pensar a Hi que P1 es su aliada en su objetivo de cambiar de sector y medicación como lo podemos observar en

la calificación que hace este “*Doc. usted no es como los demás*” como lo vemos ilustrado el siguiente fragmento de registro de campo.

*Hi: Doc. yo sé que estuvo mal lo que hice, pero estaba enojado, entiéndame me quiero salir, ver a mis hijos a mis caballos (llora)... es una tortura estar acá...*

*P1: Bueno, tranquilo si, vamos a ver qué puedo hacer, anda al patio que está lindo el día.*

*Hi: Gracias Doc. y no quiero molestarla más, pero me siento un poco tonto, adormecido...ayer me pusieron una inyección que me duerme...usted podrá hacer algún cambio, por algo más leve...*

*P1: Vamos a ver, por el momento quédate tranquilo, anda al patio hay un sol hermoso, después más tarde vengo ver como estas.*

*Hi: Gracias Doc. usted no es como los demás...*

*P1: Bueno anda que yo tengo que seguir (Registro 37).*

Muchas veces este tipo de prácticas suelen confundirse con un ajuste secundario este hace referencia a cualquier arreglo que el miembro de una institución emplee para lograr fines no autorizados, apartándose así del rol estipulado por la institución (Goffman, 2009). Pero en realidad obedecen a un ajuste primario, es decir, su objetivo es lograr la eficiencia institucional ya que de este modo Hi mantiene la conducta esperada por la institución creyendo haberla burlado en su aparente alianza con la psiquiatra P1.

Por otra parte, dentro del grupo de profesionales hay una diferencia en las prácticas ilustradas que se establece según quien las ejecute. Así vemos que en el equipo de guardia la médica clínica y la psiquiatra no realizan la colocación de las medicaciones, sujeciones, o traslado de los sujetos padecientes internos. Esto se debe a que en los equipos de guardia se trata de sostener una restricción de contacto hacia los sujetos padecientes internos, con respecto a estas P1 nos comenta en el siguiente fragmento de diálogo sostenido con a ella y a E6 un enfermero integrante del equipo de guardia.

*“Pasante: y la medicación por lo que vi, solamente ustedes la administran.*

*E6: si, la indican los psiquiatras, pero nosotros se la ponemos al paciente, nosotros los manejamos...*



*P1: eso...por qué, sino nos asocian a esa vivencia y nosotros siempre buscamos solucionar primero mediante la palabra, si te asocian a malas experiencias va a ser muy difícil que puedas contener al paciente. Nosotros solo indicamos, cómo viste ayer, aparte (...) los enfermeros saben cómo manejarlos, también es por nuestra seguridad (Registro 38).*

Como observamos en el registro de campo la restricción de contacto establece una diferenciación entre los profesionales ya que mediante ellas se busca establecer una imagen-dirigida a los sujetos padecientes internos de autoridad y escucha diferente a la de los enfermeros. Se busca sostener así una imagen del equipo de guardia centrada en el diálogo orientada a la contención en casos de crisis, a la conciliación y subordinación del sujeto padeciente interno en casos como por ejemplo el de Si, Gi y Hi.

De esta manera el contacto o manejo corporal de los sujetos padecientes internos está relegado al equipo de enfermeros quienes emplean técnicas y procedimientos específicos en el manejo corporal de estos. El equipo de enfermeros es el encargado más próximo e inmediato del manejo y supervisión de los sujetos padecientes internos. Estos con una jornada de 12 hs, viven una cotidianidad con los sujetos padecientes internos centrada en un rol y en prácticas orientadas a asistir, por lo que el contacto físico no resulta extraño ya que estos se encargan no solo de contener a los sujetos padecientes internos sino de asistir a aquellos que tienen dificultades en actividades como bañarse, vestirse, comer etc.

De igual manera su rol y sus prácticas se centran en vigilar, supervisar, y exponer a las autoridades superiores a aquellos sujetos padecientes internos que no cumplen con el rol de sujeto padeciente interno que espera la institución. Una de las competencias que tienen los enfermeros, es la de servir como nexo comunicativo entre los pacientes, los equipos de guardia y el equipo tratante correspondiente a cada interno. Así lo vemos representado en el siguiente registro de campo cuando E5 un enfermero, refiere durante el pase de guardia a la psiquiatra P1, su preocupación y encomienda de dos sujetos padecientes internos con ideas de fuga,

*E5: ...x masculino està negativo con la internación parece un león enjaulado, si lo puede entrevistar si me puede hacer el favor...x masculino esta demandante, ansioso se quiere ir amenaza que si no lo dejan salir se va a escapar o le va a poner el cuchillo a algunos de sus compañeros, está en un periodo de abstinencia crítica, esta somnoliento, aunque la verdad mejor así... (Registro 18).*

De esta manera la diferencia en los roles de los enfermeros y equipo de guardia, se suscita en la cualidad de asistencia que brindan al sujeto padeciente interno ya que el equipo de guardia

solo tiene contacto con los sujetos padecientes internos a través de la palabra y en situaciones que el equipo de enfermeros caracteriza de urgencia, crisis, y/o incontinencia. Así mismo hay un factor que une estos roles y son las disposiciones institucionales que intervienen a los dos equipos de profesionales.

Con respecto a este encuentro en el rol y en las maneras de hacer devenidas de la perspectiva institucional, vemos circular en los profesionales de la salud mental el esquema interpretativo de la institución total (Goffman, 2009). Bajo este esquema los profesionales de la salud mental recurren a una identificación omnimoda de los sujetos padecientes internos bajo la categoría de paciente mental. Esta identificación se hace necesaria ya que como hemos visto a lo largo del análisis los equipos de guardia y enfermeros lidian con los reproches, protestas y resistencias que los sujetos padecientes internos presentan, y la manera de responder a estas es mediante los argumentos racionales de la institución (Goffman, 2009).

Es decir, los profesionales que componen el equipo de guardia y el equipo de enfermeros interpretan las conductas de los usuarios en función del esquema interpretativo de la institución, aquí la clínica privada monovalente Saint Michel. Así lo vemos representado en la modalidad de comunicación y referencia que los equipos de guardia y los enfermeros hacen de los sujetos padecientes internos como vimos en el registro de campo 33, así como también en el caso de Si instándole a actuar como debe hacerlo un sujeto padeciente interno de esa institución, es decir bajo la categoría de paciente mental “tranqui”.

Con respecto al esquema racional de la institución este es menester debido a su condición de institución total a puertas cerradas, y como vemos, las instituciones con estas cualidades no son muy permeables por lo que se exigen de los integrantes que la componen una adhesión al rol presentado por la misma para su óptimo funcionamiento.

De esta manera se producen una serie de cambios y exigencias en los integrantes. Con respecto a los profesionales del equipo de guardia y el equipo de enfermeros como hemos ilustrado estos deben mantener un rol centrado en la supervisión, moderación y contención de la conducta de los sujetos padecientes internos. Y para ejercer dicho rol se requiere del interno una disposición y conducta de obediencia que el esquema racional de la institución se encarga de moldear a través de las prácticas de los profesionales que allí trabajan.

En efecto para que el usuario que ingresa a la institución cumpla con este rol se procede en una sistemática adaptación de este a la categoría de paciente mental “tranqui”, y esta categoría

que demarca el rol del usuario comienza a operar desde la llegada del mismo a la guardia externa de la institución.

Para ilustrar lo dicho hay que figurarse que el usuario no está al tanto muchas veces- sobre todo si es su primera consulta- del designio de paciente mental al que es compelido por la institución, por el contrario, la percepción que este tiene de si está por fuera de esta categoría podemos decir que se concibe como un sujeto ajeno a la institución, un sujeto civil que desempeña diversos roles en diversos ámbitos en el transcurrir de su vida cotidiana. De esta manera vemos un desfasaje en el designio de roles entre lo que el usuario percibe que es y por tanto espera determinado trato, y lo que el plan racional de la institución establece y espera del usuario como inmediato sujeto padeciente interno.

Este desfasaje suscita tensiones entre los equipos de guardia y los usuarios en las consultas por la guardia externa. Un ejemplo de esta dinámica la vemos graficada en los dos siguientes fragmentos de registro de campo 10 y 14 de consultas por la guardia externa.

Comenzaremos por la consulta de B correspondiente al registro de campo 10, B llega a la guardia en estado de crisis solicitando a las secretarías su atención inmediata, en ese momento el equipo de guardia se encontraba asistiendo a un sujeto padeciente interno por lo que B junto con otros 3 usuarios debieron esperar cerca de 45 minutos para su atención. Al llegar el equipo de guardia a la misma B se apresura a su encuentro se lo observa con el rostro tenso y un tono de voz elevado.

*“B: Me podría hacer el favor de atenderme, hace una hora que estoy esperando...”*

*P1: Siéntese, estábamos ocupados, ya lo llamamos.*

*B: Llegue primero...*

*P1: Aguarde un momento que ya lo llamamos - P1 se dirige hacia las secretarías y estas les entregan las carpetas correspondientes a las consultas, P1 mira las mismas mientras entra en el consultorio junto con la médica clínica MC y la presente. B se encuentra parado al lado de la puerta del consultorio agitando rítmicamente uno de sus pies.*

*P1: Siéntese que ya lo hago entrar. - B la mira y hace un gesto como para decir algo y la Psiquiatra P1 lo interrumpe con un tono de voz directivo -*

*PI: Ya lo atendemos. - Una vez dentro del consultorio PI y MC observan las carpetas de consultas y luego PI abre la puerta y llama a B por su apellidos y nombre. Este ingresa, la Psiquiatra PI le indica que tome asiento -*

*PI: Bueno dígame -mientras abre la carpeta y toma su lapicera-*

*B: Mire no me siento bien, en realidad es un contratiempo diría yo... necesito una solución... estoy tomando estos calmantes para viajar por que me pongo un poco nervioso, no es un problema- le acerca la caja de medicamentos arrastrándolos por la mesa- necesito que me recete más ya que se me acabaron y en dos semanas tengo un viaje impostergable de trabajo.*

*PI: Haber -baja la mirada y ve dos blísteres vacíos de medicamentos diferentes dentro de la caja, toma la lapicera mira a la carpeta y se pone en posición de escribir- ¿está haciendo terapia con un psicólogo o psiquiatra, con los dos?...*

*B: No un amigo me dijo que tomara esos calmantes y con eso estoy bien- se observa que comienza a mover el pie rítmicamente y sus dedos igualmente-.*

*PI: Bueno mire yo no le puedo recetar esto- mientras sostiene uno de los blíster- primero vas a sacar un turno con una psicóloga y un psiquiatra para que te hagan una evaluación y un tratamiento...*

*B: Pero vos no sos psiquiatra o psicóloga- lo dice con la vos tensionada-.*

*PI: Soy psiquiatra y te puedo dar un calmante, pero lo que necesitas es una consulta con psicología, esto es una guardia ¿sí? ...haber contame un poco que es lo que te pasa cuando estas por viajar.*

*B: No tengo ningún problema, con los calmantes viajo tranquilo... hágame la receta y problema solucionado.*

*PI: Mire B estas drogas son muy fuertes y no se recetan, así como así, ahora va a sacar turno (...) en dos semanas seguramente va a estar en mejores condiciones de viajar que ahora...*

*B: Pero para eso vine hasta acá.*

*PI: Y yo le estoy indicando lo que debe hacer si, cuénteme entonces que sucede cuando viaja...*

*B: A no... mira yo con los calmantes estoy bien y los necesito por que hace tres días que no duermo bien, estoy con gastritis... tiemblo y me aturdo con nada, y me hice un chequeo general y estoy bien lo único que me falta son los calmantes... asique por favor hágame la receta...*

*P1: B si no va a terapia estos síntomas van a acrecentar... le voy a recetar un calmante leve para que te relajes un poco ...pero tenes que ir a terapia sino se va a empezar a sentir cada vez más mal sí.*

*B: Y, pero cual es el problema de que me des la receta que te pido...yo con eso estoy bien no tengo ningún problema... vos me tenes que atender para eso estas acá...*

*P1: Y eso es lo que estoy haciendo, acá tiene este calmante lo tiene que tomar uno cada 8 hs... y pida turno con las secretarías.*

*B: Pero esto no es lo que te pedí...*

*P1: Ya le expliqué lo que tiene que hacer... nadie le va a recetar así nomás porque usted lo quiera, ahora vaya y saque turno que tengo más pacientes que atender...*

*B: No, yo no me voy ya pague la consulta asique me va a atender como corresponde...*

*P1: Mire B ya lo atendí, y esto no es una farmacia es una clínica y está en un consultorio asique retírese por favor.*

*B: ¡\$x pague la consulta!*

*P1: Y la consulta fue realizada retírese por favor” (Registro 10).*

El siguientes es el fragmento de registro de campo 14 de la consulta por guardia externa de E quien se presentó a la misma junto con sus padres, este usuario padece de esquizofrenia y se encontraba con alucinaciones auditivas y visuales. Al finalizar la entrevista por la guardia externa la Psiquiatra P1 comunica a los padres de E que este último debería quedarse interno ya que cumple con los criterios para ello.

*“P1: ...bueno E se va a quedar con nosotros unos días hasta que esté mejor si...*

*Acompañante de E: ...Y las habitaciones son compartidas por que él no está acostumbrado a mucha gente...*

*P1: Ahora no disponemos de muchas camas para que este solito, pero no se preocupe que va a estar bien cuidado...*

*Acompañante de E: ... Y no tiene que haber gente muy alta cerca de el por qué lo pone muy nervioso, le hace mal... y mañana lo podría ver...*

*P1: Bueno...no, tiene que pasar unos días de adaptación, después llame y su terapeuta le va a indicar los días de visita y demás si...*

*Acompañante de E: Y, pero él ya tiene terapeuta y se lleva re bien podría venir el a hacer las sesiones acá...*

*P1: Eso lo habla con su grupo tratante, lo recomendable es que lo traten los profesionales de acá durante el tiempo de internación, pero háblelo...*

*Acompañante de E: Bueno bueno, ha con la comida es delicado de estómago...y no le gustan los ruidos altos se altera muchísimo...*

*P1: Bueno, este tranquila que va a estar bien con nosotros y sus compañeros ha...-le acerca las fichas de ingreso indicándole los detalles competentes y donde tiene que firmar.*

*Acompañante de E: ¿No se puede hacer nada para que tenga una habitación solo? Es que no es muy amiguelero y...*

*P1: Vamos a ver qué podemos hacer...*

*Acompañante de E: Por favor fíjese, mucha gente le hace mal, cuídelo por favor.*

*P1: Bueno ya le dije que va a estar bien junto con sus compañeros ahora despídase así lo ingresan...*

*Acompañante de E: Fíjese... no puedo estar tranquila... lo van a alterar si esta con muchos...*

*P1: Tranquilícese señora si, él no es el único con esta patología, esto es un psiquiátrico sabemos cómo tratarlos si...*

*Acompañante de E: Él no es uno más entiende todo es tranquilo, pero si lo altera se pone muy mal..." (Registro 14).*

Como ilustran estos casos vemos la tensión que se suscita entre la Psiquiatra P1 principalmente y los usuarios de salud, en el caso de B este percibía como errónea la atención de la Psiquiatra P1 ya que este percibía no tener ningún problema salvo los contratiempos que le presentaban el hecho de viajar por lo que exigía la receta de la medicación que venía consumiendo. Es decir, B no se percibía como un paciente mental sino como un sujeto que

necesitaba ciertos medicamentos, así lo vemos expresado en su negativa a comenzar terapia ya que como refiere los chequeos médicos no le indicaban ningún problema de salud. Esta percepción de B lo supone en un rol de consumidor podríamos decir, en el sentido de que este se encuentra pagando por una consulta a la que considera por lo tanto debe de darle el resultado que él espera. Por el contrario, la Psiquiatra P1 al ver la renuencia de B a la entrevista psicológica, a comenzar terapia y la actitud demandante hacía la receta resuelve sostener su rol de profesional encargada de la guardia es decir que, su accionar responde a los criterios que establece una guardia y no un proceso terapéutico. En este sentido es que interviene en pos de lograr un apaciguamiento de los síntomas mediante un calmante e insta a B a comenzar un proceso terapéutico para resolver su conflicto, es decir lo ubica como paciente mental que consulta por síntomas en la guardia externa de la clínica.

En el caso de E vemos como la acompañante de este resiste la idea de concebir a E como paciente mental, como un sujeto padeciente interno de la institución más, por lo que le parece necesario tomar todos los recaudos e informar P1 de los gustos de E para que lo atiendan en su particularidad. Y como observamos en el fragmento del registro de campo 14 P1 interviene en sentido de tranquilizar a la acompañante de E, pero también de que ésta comprenda que E dentro de la institución es un paciente mental como los demás internos, quien recibirá los cuidados necesarios, pero no un trato diferencial ya que como refiere la Psiquiatra P1 “...él no es el único con esta patología, esto es un psiquiátrico sabemos cómo tratarlos...” (Registro 14).

Con respecto a los usuarios que quedan internados siguiendo a (Goffman, 2009) estos incursionarán por la carrera del paciente mental, puntualmente en la guardia se da la etapa pre paciente de esta carrera, en esta el usuario es objeto de una serie de condicionamientos que se perciben como una flagelación al yo. Así lo vemos representado en el siguiente fragmento de registro de campo de una consulta por la guardia externa. En esta se presenta F junto con su hermana, el motivo de consulta consistió en el consumo problemático de cocaína de F.

*“P2: ¿Cuándo fue la última vez que consumiste?”*

*F: Hace tres días- se levanta nuevamente y comienza a caminar en zigzag por el consultorio.*

*P2: Sentate F, ¿y no volviste a consumir nada más? - F se sienta y palmea enérgicamente sus piernas, trata de hablar, pero tiene el rostro tensionado por lo que no se entiende lo que dice.*

*P2: F si no me decís la verdad no te voy a poder atender, ¿cuándo fue la última vez que consumiste? - F la mira se para y comienza a caminar en sic sac nuevamente sin decir nada mientras toca su rostro su tic se vuelve más rápido.*

*P2: Sentate, ¿consumiste esta mañana? - F la mira sigue caminando y responde con un asentimiento de cabeza.*

*Hermana de F: ¡Me mentiste, me juraste por x que no tenías más! Y de dónde sacaste la plata le volviste a comprar...*

*P2: Tranquilos, ¿tenes idea de cuánto consumiste?*

*F: En estas semanas fueron tres nomas...*

*Hermana de F: Y yo defendiéndote, ¡hoy deje de ir a mi trabajo por vos!*

*P2: ¿Alguna otra droga?*

*F: No no.*

*P2: Decime la verdad porque, sino no te puedo hacer un esquema para que te baje el cuadro, ¿entendido?*

*F: Alcohol y marihuana, solo eso. -mientras lo dice agacha la cabeza y comienza a rascarse nuevamente.*

*P2: Ok, bueno te vas a quedar acá para que te desintoxiquemos y empieces un tratamiento ¿te parece?*

*F: Si si yo quiero dejar esto esto- y se agarra la boca-.*

*P2: Tranquilo ya se te va a pasar ahora vienen los enfermeros y te hacemos una medicación para que bajes un poco. Tenes que dejar billetera, celulares y cualquier cosa que no sea lo que la ropa que llevas puesta entendido. - F saca de sus bolsillos papeles, llaves, dos celulares y su billetera.*

*Hermana de F: ¡¿Y esto empezaste a jugar de nuevo?! ¡Le volviste a comprar a él vos estás loco tenes una hija F! - F mira para abajo-*

*F: no quiero hablar más, lléveme doctora.*



*P2: Espera que te tienen que hacer los chequeos ahora vienen los enfermeros. -dirigiéndose hacia la hermana- por favor no grite, tome- le da un pañuelo descartable y le ofrece un vaso con agua-” (Registro 33).*

En el anterior fragmento de campo observamos una conducta en F que consiste en ocultar los detalles de su consumo como la periodicidad del mismo y el tipo de drogas consumidas hasta ese momento. Esta conducta de ocultamiento probablemente se debió a que su hermana se encontraba presente y revelar los detalles de su consumo desencadenaría un conflicto o tensión en su relación con ella. Probablemente en otra situación F hubiese podido seguir ocultando esta información aiosamente, pero al estar en la guardia de la clínica él debe desempeñar un rol de paciente mental, el cual como hemos visto se centra en la obediencia a lo demandado por los profesionales en este caso P2 quien lo incita a hablar con sinceridad. Al ingresar a la guardia F es ya tratado como paciente mental y es entonces que atraviesa las vicisitudes de la etapa pre paciente de la carrera de paciente mental. Una de estas es verse en la obligación de revelar información que preferiría ocultar al frente de su hermana, esta exposición forma una connotación negativa hacia el yo de F, así lo vemos cuando refiere no querer hablar más e ingresar al internado.

Esta connotación negativa está relacionada a una reevaluación negativa de su persona afectando a su yo y a la percepción moral de sí mismo ya que el consumo problemático que presentaba hasta ese momento solo era sopesado por él, ahora que se vio forzado a revelar esa información, hay una realidad que debe enfrentar por un lado los conflictos y tensiones con su entorno, como por ejemplo con su hermana, por otro asumir una recaída y un proceso terapéutico con toda la complejidad que ello supone e iniciarse como paciente mental dentro de la institución.

Estas flagelaciones al yo del sujeto que ingresa a la guardia se dan por diversos factores uno de ellos como nos muestra F es que en la consulta por la guardia muchas veces se descubre aquello que el usuario con tanto recelo había guardado de los demás ya que ese revelamiento supone constatar la existencia de un conflicto y no de cualquier conflicto sino de uno que está profundamente enlazado con la auto valoración y percepción que ese sujeto tiene de sí mismo.

Otro factor influyente es cuando la internación es involuntaria en estos casos el sujeto padeciente percibe una coalición alienativa hacia el conformada por aquel que desempeñe el rol de la persona de confianza quien lo acompaña y considera que lo mejor para esa persona es la internación, el sujeto que desempeñe el rol de denunciante y el equipo de guardia quien

intenta eludiendo los hechos concretos de la situación convencer y calmar el ánimo contrario del sujeto padeciente. Así lo observamos en el siguiente fragmento de registro 14:

*“Ingresan al consultorio dos mujeres adultas mayores y una joven de aproximadamente 30 años, se sientan las dos señoras y la joven se queda parada.*

*PI: Bueno dígame porque esta acá.*

*Madre de K: Es que mi hija esta (llora)...*

*Tía de K: Mi sobrina hace tres días que esta descompensada nunca paso, nunca la vimos así, ella es psicóloga (refiriéndose a su hermana), no nos dimos cuenta. K no quiere hablar la trajimos para que la evalúen.*

*PI: bueno, K ¿que anda pasando? - K la mira y se mantiene quieta sin contestar. - ¿no me querès contar un poquito cómo te sentís? Yo te puedo ayudar. - K la mira se mantiene en silencio y en la misma posición.*

*PI: Bueno cuénteme usted- dirigiéndose a la tía de K.*

*Tía de K: Se brotó, y no habla, hace una semana se separó del novio vivían juntos hace 5 años que estaban en pareja, él es esquizofrénico... nosotras no somos de Córdoba...nos llamó un vecino porque la vio desorientada en la calle tirando patadas, vinimos e intentamos que hablara con nosotras pero no quiere, no está comiendo toma agua nomas... las amigas dicen que desde que se separó está mal, es bailarina profesional en el último ensayo empezó a decirles a las compañeras que ella es... que la están espiando que hay un hombre que la sigue...se encerró una semana, ya no tiene amigas por que las corrió a todas.*

*Madre de K: Esta paranoica según las amigas es porque ella les dijo que habla con seres iluminados(llora) yo no lo puedo creer, no puedo creer que me esté pasando esto, siempre fue... pero nunca me imaginé que...*

*PI: Bueno vamos hacer un esquema de medicación si y bueno usted ya sabrá tiene que empezar un tratamiento. - K sale corriendo del consultorio, su madre va tras ella. -*

*Tía de K: No sabemos que hacer hace esto todo el tiempo se queda inmóvil y después empieza a correr, somos dos personas grandes no la podemos controlar, no duerme nada la casa es un basurero amontona cosas y no quiere que limpiemos no toquemos nada, no se imagina el abandono en el que está (llora)...*

*P1: Bueno entonces lo mejor sería que se quede en la clínica hasta que se estabilice.*

*Tía de K: Si a eso vinimos, mi hermana está destrozada no la quería traer, pero es insostenible manejarla. -Cuando regresa K con su madre, esta le indica que se siente que confíe en ella. P1 llama por teléfono a los enfermeros de guardia. -*

*P1: Hola si un F20, no punto cero, si yo después te la firmo chau (...) bueno K te vamos hacer unos chequeos médicos para ver que estés bien si va a venir la doctora con los enfermeros, quédate tranquila que no te va a pasar nada malo si acá esta tu mama con tu tía. -K la mira y mira a su madre esta se le acerca la sienta ya que se había parado y le dice que todo va a estar bien que confíe en ella (...) Llegan la doctora y dos enfermeros. Le hacen los chequeos correspondientes mientras la Psiquiatra P1 con la tía de K completan los papeles del ingreso en silencio (...) Terminado de hacer el chequeo la médica M1 le dice a K que tiene que ir a hacer un análisis adentro que la acompañe K no se mueve. Uno de los enfermeros se acerca. -*

*E1: Yo te ayudo es para hacerte el electro y listo.*

*K: vuelvo. - Mirando a su madre. -*

*Madre de K: Si hija, anda tranquila yo me voy a quedar acá llenando unos papeles.*

*K: ¡¡¡me estas mintiendo, mentirosa p...!!! -K intenta salir del consultorio uno de los enfermeros la sujeta y mediante una maniobra la inmoviliza, K comienza a tirar patadas y gritar, el enfermero en la misma postura en la que estaban la alza y la lleva hacia el internado (...). (Registro 14).*

Como vemos K al quedar internada sin su consentimiento percibe una traición por parte de su madre quien desempeña el rol de persona de confianza y denunciante junto a su tía. En estos casos el yo del sujeto padeciente se ve bajo sensaciones de engaño y abandono por parte de las personas de confianza en este caso la tía de K y su madre a la cual expresa su sentimiento de traición mediante insultos. También vemos aquí ilustrado un proceso de expropiación que comienza en la etapa pre paciente aquí K es despojada de su elección de residencia y acción, este proceso continuará dentro del internado ya que debe adaptarse a las normas rutinas y rol que la institución requiere de ella como paciente mental interna. Por otra parte, en la etapa pre paciente en estos casos, el sujeto padeciente aquí K se percibe mediante este proceso de expropiación de derechos como tercera persona excluida en la consulta ya que percibe que su

palabra y voluntad no tienen influencia sobre la decisión de quedar internada o como sujeta padeciente ambulatoria.

Por otra parte, las disposiciones institucionales acaecidas en la guardia, nombradas a lo largo del análisis son parte también de la clínica privada monovalente Saint Michel como dispositivo, que sujeta a las personas que por allí circulan. A este propósito podemos decir que cuando vemos por ejemplo en los casos de Si, K, Hi, B se produce un proceso de desubjetivación en los usuarios de la institución ya que en el encuentro de estos con la institución surge un sujeto al cual no se ven dispuestos a ser.

De esta manera lo vemos representado en las tensiones que se suscitan entre lo que los usuarios consideran deben hacer-ser y entre lo que el dispositivo presenta que deben hacer-ser. En este sentido hay un proceso de desubjetivación en tanto se niega a los usuarios ser esos sujetos que se presentaron por primera vez en la institución. Por ejemplo, cuando Si refiere querer estar sola, sentir su padecer sin disimulo, o cuando Hi refiere un cambio en su medicación y de locación, o cuando B se niega a ser posicionado como sujeto con un padecimiento mental con necesidad de tratamiento y cuando K se niega a la internación.

Así estos procesos de desubjetivación nos hacen pensar que influencias tienen en el tratamiento del padecimiento mental, a ese propósito solo podemos decir que abren una dimensión en la persona usuaria de salud mental en el dispositivo de guardia que resulta ser conflictiva de asumir por los usuarios, y que en ese conflicto el quehacer de los profesionales de la salud mental se ve orientado a que estos devengan en ese sujeto.

De esta manera los profesionales que componen la guardia son parte de este dispositivo, ya que son ellos quienes llevan a cabo las labores necesarias para que los usuarios en su encuentro con el dispositivo devengan el sujeto estipulado por dicho dispositivo, aunque llevar a cabo estas labores implica también un proceso de desubjetivación en ellos, en tanto dejan de ser-hacer profesionales de la salud mental para hacer-ser parte del equipo de guardia de una clínica privada monovalente, es decir, trabajadores con obligaciones que no responden restrictivamente a su condición de profesional de la salud mental como hemos visto y ejemplificado a lo largo de este análisis.

### 7.2.3 LAS INCIDENCIAS DEL MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD Y DE DERECHOS HUMANOS EN LAS PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS DE GUARDIA EN SITUACIONES DE URGENCIA Y/O CRISIS EN LA CLÍNICA MONOVALENTE SAINT MICHEL

Como hemos visto en la dimensión legal la Ley Nacional N° 26.657 de salud mental se apoya en el modelo social de la discapacidad y en el modelo de derechos humanos planteando un giro en la concepción de la salud mental que se venía sosteniendo desde el anterior modelo tutelar correspondiente a la Ley N°22.914 de salud mental.

Así la vigente Ley N° 26.657 bajo este nuevo paradigma del modelo social de la discapacidad y el modelo de derechos humano busca incluir en el sistema de salud y en la sociedad al padecimiento mental considerándolo como padecimientos que se encuentran estrechamente vinculados con las condiciones materiales y simbólicas de vida teniendo en cuenta además la singularidad de los sujetos que las padecen. Es decir, define a la salud mental como un proceso multi determinado por componentes históricos, socio-económicos, biológicos entre otros como lo expresa en el capítulo II artículo 3. Al respecto de este posicionamiento para con la salud mental nos comenta el enfermero E1 integrante de El equipo de guardia 1 en el siguiente fragmento de la entrevista n°2.

*Pasante: ¿Cómo fue la implementación de la ley n° 26.657 de salud mental en cuanto a tus prácticas como profesional de la salud mental en esta institución?*

*E1: y la ley aspira a que la salud mental deje de ser tratada como algo ajeno a la salud desde ese punto los que trabajamos de este lado...yo lo veo como un beneficio porque eso nos va a allanar un poco el terreno acá renegamos mucho con las familias, el soporte externo es inexistente y cuando hay muy pocas veces hay un compromiso real con el paciente...y ahí estamos nosotros lidiando entre la familia (...) y el paciente que está mal que se quiere ir...”* (Entrevista 2).

Como observamos el enfermero E1 refiere este nuevo enfoque como un impacto positivo para su práctica profesional, esto se debe a que como nos refiere E1 uno de los conflictos presentes que obstruyen el proceso terapéutico y las prácticas allí ejercidas radica en un punto

social, específicamente a los procesos de marginación y estigmatización que presentan los sujetos padecientes de una enfermedad mental. Esto se debe a que dentro del anterior modelo tutelar el estado concebía a los sujetos como objetos de protección y tutela, siendo estos sustituidos por el estado y los profesionales de la salud mental en la toma de decisiones respecto a su tratamiento. Desde este enfoque la modalidad adoptada supo ser en su mayoría la institucionalización de los sujetos con padecimiento mental en instituciones monovalentes, lo que favoreció el incremento de la ruptura de los lazos sociales que estos sujetos tenían con el exterior, familia, trabajo etc. por lo que no resulta ajena a la práctica, como refiere el enfermero E1 “renegar” con el “soporte externo”, es decir, la red social sobre la cual ese sujeto que llega a la institución circula y es contenido.

Por el contrario, y como dijimos en un principio la Ley N° 26.657 al comprender a la salud mental como un proceso multi determinado implica a el estado, la sociedad y todo el medio circundante en los procesos de salud mental, de esta manera busca el compromiso del medio hacia el usuario de salud mental ya que la preservación y mejoramiento de esta depende de una dinámica constructiva social. Es decir, como nos refiere el enfermero E1 “...*aspira a que la salud mental deje de ser tratada como algo ajeno a la salud...*” (Entrevista 2).

Es entonces que este modelo propicia “*allanar un poco el terreno*” de la práctica profesional ya que como nos refiere el enfermero E1 una gran cantidad de sujetos padecientes de una enfermedad mental se encuentran con un soporte externo débil o inexistente por lo que muchas de las intervenciones del equipo de guardia se ven orientadas a “*lidiar*” con los conflictos que suscitan en el sujeto padeciente de una enfermedad mental esta situación de abandono y soledad, como nos refiere otra integrante del equipo de guardia 2 la psiquiatra P2 en el siguiente fragmento de la entrevista.

“P2: ...*te acuerdas del ingreso de la semana pasada de M un F 22 el está para ir a su casa ya, pero no le dan el alta porque si lo sacan ahora seguro en tres días lo tenemos acá (...) porque está solo, es funcional inteligente pero nadie se quiere relacionar de verdad con alguien que tiene una enfermedad mental, lamentablemente es así (...) de a poco cambian las cosas pero es imposible a veces que la persona siga con su vida... y la soledad los hace pelota (...) no por su enfermedad sino porque lo discriminan y nosotros terminamos siendo un soporte indispensable para ellos, pero eso es iatrogénico porque nunca hay un corte me entiendes...*” (Entrevista 1).

Por lo que, de esta manera como nos ilustra P2 si la salud mental es concebida como una incapacidad en el sentido en que lo plantea el modelo tutelar de la anterior Ley N° 22.914 de salud mental el profesional de la salud mental es compelido a desempeñar un rol de tutor más que de profesional que se encuentra brindando sus servicios al sistema de salud.

De ahí que el profesional de la salud mental se vea en el compromiso de actuar dicho rol de tutor, lo que supone un desentendimiento por parte del apoyo externo del sujeto padeciente de una enfermedad mental, es decir, toda responsabilidad recae sobre los profesionales y las instituciones monovalentes. Desde esta modalidad de abordar la salud mental se instala una relación de marginación y discriminación hacia los sujetos padecientes por parte del entorno social y cultural de estos; y en consecuencia una relación de dependencia hacia los profesionales de la salud mental y las instituciones monovalentes como nos refiere la Psiquiatra P2 “...*nunca hay un corte...*” (Entrevista 1).

Además, podemos decir que desde esta óptica tutelar es que se desprenden prácticas asistencialistas hacia el sujeto padeciente de una enfermedad mental. Esto debido a la relación de dependencia que existe entre los sujetos padecientes de una enfermedad mental y las instituciones monovalente y los profesionales que allí trabajan. Cuando la Psiquiatra P2 nos refiere que no hay un corte, y que se produce una práctica iatrogénica se refiere a esta posición tutelar y asistencialistas en la que se ven envueltos para con los sujetos padecientes.

Y si bien la salud mental como lo plantea el artículo 3 de la vigente Ley N° 26.657 de salud mental es proceso multideterminado eso no implica que las prácticas de los profesionales de la salud mental deban obedecer a un corte exclusivamente asistencialista. Por ello mismo la ley exige el cumplimiento de un equipo interdisciplinario en la atención de los usuarios de salud mental en instituciones hospitalarias. De esta manera bajo la óptica de la vigente ley de salud mental el cambio que se suscita en las prácticas de los profesionales de la salud mental se ve orientado a una mejor atención para el usuario de salud mental y a un mejoramiento de las condiciones de ejercicio de las prácticas de los profesionales allí involucrados, así nos refiere el enfermero E1 en el siguiente fragmento de entrevista.

*“E1: ... si se nota mucho la diferencia entre un paciente nuevito a uno que ya tiene hecho un camino, son más resolutivos en cuanto a lo que quieren más demandantes no están a la espera de que uno los dirija. Aparte, sobre todo los jóvenes no ven la internación como un castigo hay muchos que sí que creen que esto es como una cárcel (...) después entienden que no, (...) que esta es una institución de salud una clínica, en ese sentido uno ve que aprovechan*

*más el tiempo como un tratamiento, no te digo que todos pero la mayoría de los jóvenes no se sienten tan mal por estar acá muy diferente a los más grandes es todo una tragedia una derrota estar acá y tratan de ocultarlo...” (Entrevista 2).*

Como vemos el enfermero E1 Expresa su contento por la actitud que los sujetos padecientes jóvenes internos toman ante la internación, esto se debe a que esta actitud ante la internación facilita el vínculo terapéutico como nos refiere el enfermero E1 en el siguiente fragmento de entrevista.

*“Pasante: ¿Ósea que los jóvenes son más receptivos?”*

*E1: Es más fácil trabajar con ellos por qué vas al meollo del asunto, no te ven como un carcelero es más fácil entablar así un vínculo, si obviamente no sos su amigo porque no se busca eso y somos una figura de autoridad como en toda institución hay... lo que quiero decir es que facilita el trabajo porque saben que si están acá es porque lo necesitan como cuando tenes una operación y tenes que estar internado para poder recuperarte apropiadamente y después ya vas solo, (se ríe) así le decía anoche Li a Si que estaba nerviosa y se quería ir y Li es una nena al lado de ella...” (Entrevista 2).*

De esta manera al dejar de posicionar al sujeto padeciente de una enfermedad mental como enfermo mental, peligroso u objeto de protección se posibilita que este se perciba como sujeto padeciente de una enfermedad mental en proceso de recuperación, es decir, se ve involucrado e implicado en su proceso de recuperación lo que permite un mejor despliegue de las prácticas de los profesionales como nos refiere una integrante del equipo de guardia 1 la psiquiatra P1 en el siguiente fragmento de la entrevista.

*“P1: ...es un gran avance para todos dejar de victimizar y de penar al diferente para entender que las enfermedades mentales son solo eso una enfermedad que todos podemos tener, eso ayuda mucho porque si el paciente no está ocupado en su estigmatización se ocupa más de recuperarse ...” (Entrevista 4).*

Además, consecuentemente podemos decir también que esta modalidad de abordar la salud mental favorece a que el enfermero E1 sea percibido por los sujetos padecientes internos como un profesional de la salud mental y no como un sujeto que está para supervisar vigilar y controlar como lo vemos reflejado en el ejemplo que Li le ofrece a Si ante su nerviosismo y ganas de irse de la institución.



Al respecto de este corrimiento en el rol en el que eran alojados los profesionales de la salud mental por el modelo tutelar la psiquiatra P1 nos comenta:

*“P1: ...la ley así como no castiga también da derechos y con eso responsabilidades, en la guardia si un paciente no se quiere internar no lo hace y ya, esa es su responsabilidad o de la familia no nuestra, dejamos de actuar como sancionadores para hacer lo que realmente estamos esperando trabajar con el otro, pero si el paciente no quiere, no tenes que andar con esa carga en tu cabeza esa es su decisión y su responsabilidad ” (Entrevista 4).*

Como vemos este nuevo posicionamiento en cuanto al rol del profesional de la salud mental posibilita un desarrollo de las prácticas orientadas al trabajo conjunto ya que se parte de la capacidad volitiva del usuario de salud mental como nos refiere la psiquiatra P1 por ejemplo en la toma de decisión de internación. Al respecto la psiquiatra P2 nos refiere:

*“P2: ...los cambios significativos han sido el consentimiento informado, antes si el paciente tenía criterio de internación se quedaba acá y punto no había lugar a discusión, eso por un lado, que ahora es un diálogo y cuando el paciente tiene criterio, bueno, es complicado si no quiere ingresar (...) Pero eso también responsabiliza al paciente... ya no somos un depósito de decisiones nosotros, acá el responsable de su destino es el paciente y las ganas que tenga de llevar una vida saludable ” (Entrevista 1).*

Como vemos esta arista en el rol tanto del usuario de salud mental como en el de los profesionales de la misma han sido destacadas por las dos profesionales de los equipos de guardia de la clínica Saint Michel como un aspecto positivo, aunque cabe destacar que esta posición del rol es un asunto al cual muchas veces deben referir a los usuarios de salud mental, es decir, muchas veces deben orientar sus prácticas a señalar al usuario su rol debido al desconocimiento de estos como nos comenta la psiquiatra P2,

*“Psiquiatra P2: Y si, el paciente ahora tiene responsabilidad en su enfermedad en cómo la lleva, pero la verdad es que la mayoría de los pacientes ni saben cuál es la legislación vigente ni la anterior, pero si están sumergidos en un paradigma de la locura como el de antaño y en consecuencia actúan así” (Entrevista1).*

Es decir, que en este periodo de vigencia de la ley en esta institución los profesionales desempeñan un rol de orientadores del usuario hacia un empoderamiento de estos en su padecer, es decir en como estos conducen su padecer instándolos a un rol activo en la toma de decisiones, comprometiéndolos con el proceso de atención, rol que plantea el modelo social de la

discapacidad, en el sentido que comprende al usuario de salud mental como sujeto de derecho y parte -como ya nombramos- de la capacidad de estos.

Por otra parte, en este posicionamiento en que deben incurrir a los usuarios de salud mental deja ver un punto conflictivo en el desempeño de las prácticas de los profesionales del equipo de guardia ya que estos refieren sentir una exigencia e incertidumbre respecto a su práctica.

Esta exigencia e incertidumbre la atribuyen a varios factores el primero a una cualidad temporal, es decir, a que la implementación de la ley es muy reciente por lo que no se ha podido incorporar en todos los espacios sociales, como por ejemplo nos refirió la psiquiatra P2 muchos pacientes no conocen la legislación vigente. Al respecto tanto la psiquiatra P2 como la psiquiatra P1, el enfermero E1 y el enfermero E2 acordaron con este punto como lo vemos ilustrado en los siguientes fragmentos de entrevistas.

*“P2: En un principio es muy joven la ley”* (Entrevista 1).

*“P1: Yo hace 20 años que trabajo en salud mental y 8 en neuropsiquiátricos, y la diferencia es muy poca porque es muy joven la ley y muy ambiciosa también”* (Entrevista 4).

*“E1: (...) es que esto lleva mucho tiempo al principio no había tanto conocimiento por parte de los pacientes y las familias bueno ahora un poco más (...)”* (Entrevista 2).

*“E2: (...) la ley es un avance para nuestra sociedad, pero del dicho al hecho... y nos falta mucho (...)”* (Entrevista 3).

Otro factor en consonancia con el temporal es que el cambio de paradigma que plantea la ley es muy amplio por lo que al parecer de los profesionales llevará mucho tiempo que dicho paradigma sustituya al anterior como nos refirió el enfermero E1 al expresar *“esto lleva mucho tiempo”*, la psiquiatra P1 al referirse a la ley como ambiciosa y el enfermero E2 al referir *“nos falta mucho”*.

El segundo factor obedece a una falta de implementación de políticas públicas, educativas, y edilicias para el cumplimiento de la ley. Como podemos observar en los siguientes fragmentos de entrevistas.

*“P3: (...) el problema es que nos toman como administrativo falta personal. Muchas veces cuando un paciente no está bien que es lo normal y los períodos de internación se extienden tenes que mandar un informe y eso es en base a los registros y las historias clínicas que nosotros hacemos todos los días. Cuando estás de guardia estas en una dinámica de*

*correteo porque casi siempre es una urgencia (...) no podés hacer esperar al paciente... El hecho de ocupar tu tiempo en escribir y registrar todo cada paciente te lleva a (...) guardias sin dormir y eso afecta tu trabajo (...) son 24 horas seguidas en la que tenes que mantener un rol y te fatigas, tu atención no está al 100% y eso pasa por que nuestras exigencias como profesionales que trabajamos en un neuropsiquiátrico han aumentado, ha aumentado nuestra supervisión de cómo hacemos nuestro trabajo lo que es maravilloso, pero es un inconveniente para nuestro trabajo cuando no hay un soporte material y recursos humanos que cubran el trabajo extra que acarrear la nueva ley”(Entrevista 3).*

*“P1: (...) considero que no contamos con la infraestructura y la educación para que sea posible su implementación total (...) te desgastas este es un trabajo muy demandante y el tiempo es algo que no abunda entre consulta y consulta tratas de hacer lo mejor para todos para el que estás atendiendo, el que está esperando afuera y el que está en el internado, ahí están los enfermeros que son una parte indispensable en este trabajo, pero los clínicos no están capacitados para trabajar con pacientes psiquiátricos(...) tenes que estar cuidando todo (...) y a vos también porque hay pacientes que llegan muy sacados (...) A fines prácticos creo que falta mucho para que realmente se cumpla... hay que invertir mucho en educación, en redes fortalecer las redes de contención para que las internaciones sean un último paso...” (Entrevista 4).*

Como podemos apreciar, la falta de implementaciones correspondientes a políticas públicas normativas e infraestructura que conlleva la correcta aplicación de la ley de salud mental supone un aumento de exigencia laboral en los equipos de guardia de esta institución. Ya que muchas labores como las administrativas deben ser realizadas por ellos mismos lo que lleva a un desgaste de los profesionales en el ejercicio de sus quehaceres.

Este desgaste del profesional se debe a que el dispositivo de guardia tiene una dinámica muy particular en términos temporales como nos refirió la psiquiatra P2 “*el tiempo entre consulta y consulta no abunda*” (entrevista 4) al decir de la psiquiatra P3 “*estas en una dinámica de correteo*” (Entrevista 3). Por este motivo perciben estas labores como un “*inconveniente*” para el desempeño de sus prácticas ya que estas nuevas tareas los llevan a cómo nos refirió la psiquiatra P3 pasar “*guardias sin dormir*” en donde se ve afectada la atención indispensable en este dispositivo ya que como refiere la psiquiatra P2 “*tenes que estar cuidando todo (...) y a vos también porque hay pacientes que llegan muy sacados*” (entrevista 4).

## 8 CONCLUSIONES

Del análisis expuesto podemos decir que las acciones y actitudes que componen el quehacer de los equipos de guardia de la clínica monovalente Saint Michel como profesionales de la salud mental son resultado de un complejo entramado que los atraviesa, a un fin instructivo lo he dividido a lo largo del trabajo en tres partes.

1) Las concepciones de las enfermedades mentales que circulan en el dispositivo de guardia, en los profesionales y usuarios de salud mental: de estas hemos podido observar tanto en usuarios como en los profesionales de la salud mental actitudes correspondientes a una visión naturalista positivista de las enfermedades mentales en donde el sujeto que la padece es instituido primariamente como sujeto moral.

En referencia a estas se ha podido observar en algunos profesionales actitudes de disciplinamiento hacia los sujetos padecientes internos a una conducta “normal”, por otra parte, otros profesionales han accionado en pos de intervenciones tendientes a erradicar esta concepción de los sujetos padecientes internos y usuarios asistidos en el dispositivo de guardia. Dichas intervenciones como se puede observar en el apartado 7.2 se encuentran direccionadas a promover una actitud y percepción en los sujetos padecientes interno y usuarios correspondientes con las concepciones de salud mental y psicoterapia en donde estos son concebidos como sujetos competentes en un rol activo y comprometido con dicho padecer que los aqueja. Así las intervenciones apuntan a un trabajo en conjunto con el sujeto padeciente, a una escucha atenta y dialogo en donde -por la cualidad del estado de crisis y/o urgencia el profesional procede en un sostenimiento constante del usuario- se busca escuchar el sufrimiento de ese sujeto particular y a partir de allí proceder en función de la intervención clínica más pertinente para cada caso. Como se ha podido observar en algunos casos a resultado en el suministro de calmantes o esquemas psicofarmacológicos más completos y en otros en la escucha atenta y el dialogo. En ambos casos se observó que dichas intervenciones se sopesaron a partir de mantener el mayor grado de independencia de los usuarios en el proceso de atención involucrándolos así -como ya mencionamos- en un rol activo y participe de la misma.

2) la clínica monovalente Saint Michel como institución total: este factor tiene una gran influencia en el quehacer de los equipos de guardia ya que por la cualidad de institución total hay un rol determinado que dicha institución espera y exige de los profesionales y de los internos. Como se ha podido observar por un lado los enfermeros de dicha institución son alojados en un rol de supervisión, control, vigilancia y contención de los sujetos padecientes internos, por ello se encuentran en una actitud alerta y pendiente de los internos así como también acciones centradas en diálogos con los internos para persuadirlos de seguir las reglas de la institución, otra de las practicas orientadas en este sentido es la comunicación con los demás profesionales como por ejemplo hemos podido observar con la psiquiatra del equipo de guardia de turno en donde se pactan acciones como cambiar de sector al sujeto padeciente interno o establecer una creencia en este de alianza para conseguir la conducta institucionalmente adecuada, que por lo general como hemos observado se han referido a el cumplimiento de las actividades de la institución, el comer, el aseo y el comportamiento sin agresión a sí mismos u a otros.

En cuanto a los psiquiatras y médicos clínicos estos ejercen un rol de contención centrada en el dialogo, pero cuando el motivo de asistencia del equipo de guardia consiste en un conflicto para con la normativa institucional como hemos podido observar estos desempeñan un rol centrado en el control y adaptación del sujeto padeciente interno o del usuario en ingreso del internado. Estas acciones están constituidas principalmente en la escucha y un dialogo persuasivo por parte del equipo de guardia así se observó sobre todo en situaciones en que el estado de crisis del sujeto padeciente interno se veía atravesado por la necesidad de este de salir de la institución y en los usuarios que fueron internados involuntariamente.

3) La legislación que rige la práctica de los profesionales de la salud mental: este factor dispone el quehacer de los profesionales de un modo normativo que se encuentra constituido por un paradigma opuesto al que antes regia bajo la Ley N° 22.914 de salud mental. Esta oposición genera tensiones en las practicas ya que, como hemos observado en las entrevistas con los profesionales, estos por un lado se encuentran a fin con la legislación vigente ya que la perciben como una mejora de las condiciones de ejercicio de sus prácticas en tanto profesionales prestadores de la salud mental, por otro lado manifiestan una gran incertidumbre y un aumento de la exigencia laboral debido a que no se cuenta con las implementaciones de políticas públicas, educativas y edilicias necesarias para la correcta aplicación y cumplimiento de esta ley. Por otra parte, han referido que sus prácticas se han abocado a la psicoeducación de dicha

ley hacia los usuarios y familiares como así también a situar a los usuarios en un rol activo y responsable para con como estos se conducen con su padecimiento.

## Propuesta

Como se ha observado en el presente trabajo el quehacer de los equipos de guardia de la clínica Saint Michel se encuentra en puntos de tensión constante debido a la contradicción que plantea la vigente ley con la institución en la que se sitúan dichas prácticas- esto por su modalidad monovalente y a puertas cerradas-. Este es un momento de transición de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos por lo que acarrea mucha incertidumbre, la cual no es bien recibida dentro del dispositivo de guardia ya que la cualidad temporal de dicho dispositivo es apremiante, valiosa y cuidada. En este sentido es que me veo reflexionando sobre el motivo de que dichas guardias deban ser de 24 hs seguidas, en donde la demanda laboral- aquí situada en el dolor psíquico del otro- lleva a que la atención, las ganas y cuando no la empatía de los profesionales se vea afectada por el estrés y la falta de sueño afectando así las prácticas que estos desempeñan.

Por otra parte, este periodo de transición a mi entender, supone por parte de los profesionales y estudiantes afines a la salud mental, un compromiso con la divulgación de la misma, así como la exigencia de su cumplimiento a las autoridades competentes para la implementación de las políticas públicas necesarias, ya que, sin la educación, el soporte material y los recursos humanos necesarios para el cumplimiento de la ley, esta solo quedaría en una cuestión simbólica e ideológica. Es decir, si no nos involucramos con la realización pragmática y efectiva de lo que divulgamos y sostenemos que debe ser, no será así.

Finalmente, en este camino en que nos embargamos quienes nos sentimos abocados a las ciencias sociales y cautivados por la psicología como una de las herramientas para comprendernos y descubrirnos en tanto seres vivientes sociales y singulares, a fin de luchar por y para construir una sociedad equitativa, respetuosa de las pluralidades y ecológica. Incursionar

por el proceso final de la carrera de Licenciatura en Psicología ha sido para mí un proceso significativo el cual presento diferentes aristas: en primer lugar, este proceso ha sido en conjunto con la cátedra de P.P.S en la cual junto con mis compañeras y profesoras nos vimos dialogando acerca de nuestras experiencias en la realización de la práctica, reflexionando sobre ellas.

En segundo lugar, la realización de la P.P.S suscito en mí como estudiante una serie de tensiones, expectativas y sentimiento referidos al pronto nuevo rol de profesional de la salud mental, a la inserción del ámbito en el que se desarrollan las prácticas y saberes de la psicología clínica en su complejidad, por lo que mi atención se vio orientada a conocer este nuevo ámbito.

En tercer lugar, otra arista fue la realización del T.I.F en el cual se arriba a expresar el conocimiento y la experiencia de la práctica realizada lo que implicó en mí un proceso de reflexión interna, aclarando y redefiniendo ideas, despejando prejuicios y sesgos. Este proceso se desarrolló dentro de un diálogo con Sole y Fran quienes me dirigieron en la realización de este trabajo, y en una ardua investigación teórica que se vio atravesada por situaciones vitales que me requirieron un espacio y tiempo considerables, y que a su vez posibilitaron un posicionamiento para con el desarrollo del eje de este trabajo más integral en referencia a las disposiciones que se juegan en los procesos de salud que atravesamos y nos atraviesan.



## 9 BIBLIOGRAFIA

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociologica*, 26 (73). Pp. 250-254-258

Ardila, R. (1979). La psicología en Argentina: pasado, presente y futuro. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 11(1), 81. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80501105.pdf>

Aken, G. (s.f) La nave de los locos [Pintura]. Paris. Museo de Louvre. Recuperado de <https://www.louvre.fr/euvre-notices/la-nef-des-fous#>

Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia*, 7(3), 4-432-429. doi: 10.1590/S1678-31662009000300004

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos. (2018). *Protocolo de Intervención en Situaciones de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental*. Recuperado de <https://cppc.org.ar/presentacion-protocolo-de-intervencion-en-situaciones-de-crisis-y-o-urgencia-en-salud-mental/> pp.17-18

Chillemi, I. (2016, s.f. Diciembre). Antecedentes e innovaciones de la Ley de Salud Mental. *Análítica del Sur- Psicoanálisis y Crítica*. Recuperado de <https://analyticadelsur.com.ar/antecedentes-e-innovaciones-de-la-ley-de-salud-mental/>

Croxatto, G. (2012, s.f., s.f). La salud mental (en la Argentina): dos paradigmas en pugna. *Revista Lecciones y Ensayos*. Recuperado de <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/90/croxatto.pdf>

Dagfal, A. (2009). *Entre Paris y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1960)*. Buenos Aires: Paidós pp. 487-489

Dagfal, A. (2015). El pasaje de la higiene mental a la salud mental en Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichón-Rivière. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*. (5), 17-21-22-25-31. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4556/455644905002.pdf>

Dagfal, A. y Vezzetti, H. (2008). *Psicología, psiquiatría y salud mental*. [pdf]. Obtenido de: [http://www.elseminario.com.ar/modulos/Modulo\\_III\\_2017.pdf](http://www.elseminario.com.ar/modulos/Modulo_III_2017.pdf) pp.2-3

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaria de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación y Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y de Adicciones. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por*

*Motivos de Salud Mental.* Recuperado de [https://cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](https://cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)

Ellenberguer, H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos. P.23

Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona, España: Salvat. Pp. 68-245-487-635

Espinoza, M. (2008). Psiquiatría biológica Latinoamericana. *Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4)

Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*.74. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3644313> pp.1-4-5

Ferrari, F. (2010, s.f., octubre). La sociedad de beneficencia y la locura en Córdoba (1870-1916). XI Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Simposio llevado a cabo en sede de Gobierno de la Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica I*. Recuperado de <https://paticiolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf> pp. 3-7-39-41-43-44-45-47

Foucault, M. (2009). *Historia de locura en la época clásica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. P. 71

Freud, S. (1991). *Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899) Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu. Pp.35-209-210.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar. Pp. 3-9-34

Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Amorrortu. Pp.35-209-210

Gallino, L. (2005). *Diccionario de sociología*. Buenos Aires: Siglo XIX. Pp.534-535

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 15-17-19-51-52-57

Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu. Pp.15-21-22-87-94-95-135-137-147

Glanc, P. (2009, 30 de julio). Un nuevo paradigma en salud mental. *Revista Bordes*. Recuperado de <https://revistabordes.unpaz.edu.ar/bordes-vi-agosto-2017-octubre-2017>

Jara, H. (2018). *La sistematización de experiencias: practica y teoría para otros mundos posibles*. Recuperado de <https://centrodeinvestigacionclacsoriumsax.wordpress.com/2019/04/29/libro-de-oscar-jara-la-sistematizacion-de-experiencias-practica-y-teoria-para-otros-mundos-posibles-pdf/> pp.52-57-65

Klappenbach, H. y Parvesi, P. (1994). Una historia de la psicología en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(3), pp.460-466-464-468 Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80526305>

Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Laplanche, A. y Pontalis J. (2009). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Pp.194

Lellis, M. (Ed.). (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos. Pp.96

Ley N° 22.40. Boletín oficial de la República Argentina. Rio Negro, Argentina, 3 de octubre de 1991.

Ley N° 7106. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, 13 de septiembre de 1984. Art. 3

Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 22 de marzo de 2004.

Ley N° 772/91 Provincial de Salud Mental. Boletín oficial de la República Argentina. Santa Fe, Argentina, s.f s. f de 2007

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina 2 de diciembre de 2010. Art. 1-3-4-7-8-9-11-27

Ley Nacional N° 22.914 Personas con deficiencias mentales toxicomaniaticos y alcohólicos crónicos. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 20 de septiembre de 1983. Art. 7-11

Mental Disability Rights International y Centro de Estudios Legales y Sociales. (2017). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe en Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*. Recuperado de [https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)

Micref, J. (2 de mayo de 1983). Clínica privada Saint Michel S.R.L. Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://saintmichelsrl.com.ar/wp>

Montero, L. y Ferreyra, N. (2018). *Un estado de locura*. Córdoba: Raíz de Dos. p.42

Monteverde, L. (s.f. abril 2010). Heidegger: lo orgánico y lo artificial en la experiencia de mundo. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*. Recuperado de <https://www.revistac.net/volumen-5-nuero-14/9-dossier/327-heidegger-lo-organico-y-lo-artificial-en-la-experiencia-de-mundo> p.2

Moulines, C. (1976). La génesis del positivismo en su contexto científico. *Revista Cuaderno Críticos de Geografía Humana*. 4(19), par. 10. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/geo19.htm>

Muños, F., Alamo, C. y Cuenca, E. (2010, 17 de junio). La década de oro de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatria.com* Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-decada-de-oro-de-la-psicofarmacologia-19501960-trascendencia-historica-de-la-introduccion-clinica-de-los-psicofarmacos-clasicos>

Mueller, F. (2007). *Historia de la psicología. De la antigüedad a nuestros días*. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 60-88

Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.ppn.gov.ar/documentos/legislación/constitución-nacional-y-tratados-internacionales/1892-principios-para-la-proteccion-de-los-enfermos-mentales-y-el-mejoramiento-de-la-atencion-de-salud-mental> pp.1

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Conferencia de Caracas*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/declaración-de-caracas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Historia de la salud mental*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com-content&view=article&id=1160:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&Lang=es>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Principios de Brasilia*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_DE\\_BRASILIA.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf)

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2010). *Consenso de Panamá*. Recuperado de <http://www.paho.org/per/imagen/stories/FTPages/consenso50%20panama.pdf>

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/quehacer>

Rivera, G. (1998, s.f, s.f). *Evolución histórica de la psiquiatría*. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*. 19(5). Recuperado de [https://www.psicoters.es/ arts/98\\_A155\\_02.pdf pp.3-11-12-13](https://www.psicoters.es/ arts/98_A155_02.pdf pp.3-11-12-13)

Requiere, M. (2000, 2 de octubre). *Beneficencia y asistencia social: La política manicomnial en Buenos Aires (1880-1940)*. *Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Recuperado de <http://www.Alcmeon.com.ar/9/34/requiere.htm>

Registro Federal de Establecimientos de Salud. (2020) Recuperado de <http://www.sis.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

Romero, M. (2017, s.f. de Abril). *De un paradigma tutelar a un paradigma integral de derechos: nuevos aportes desde la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657{pdf}*. Obtenido de <http://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/5629> pp. 3-7

Salaverry, O. (2012, 7 de marzo). *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*. *Revista Peruana de Medicina y Salud Publica*. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=51726-4634201200022&ing=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttex&pid=51726-4634201200022&ing=es&tlng=es).

Santamaria, C. (2018). *Historia de la psicología*. España: Ariel. Pp.5560-63

Secretaria de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina. (2017). *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina.* Recuperado de

<http://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informezgherozhogareszwebz.pdf>

Vanadia, N. y Rodríguez M. (2019, 19 de septiembre). El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva: el caso de Adela. *Salud Colectiva*. 15 doi: 10.18294/sc.2019.2211

Vezzetti, H. (1978). La locura en Argentina 1860-1890. *Revista de cultura Punto de Vista* 1(3). Recuperado de <http://www.ahira.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/pv3.pdf> pp.4-5-7

## 10 ANEXO



Entrevistas realizadas a los profesionales del equipo de guardia de la clínica monovalente Saint Michel.

Entrevista N°1

Pasante: ¿Cómo fue la implementación de la ley n° 26.657 de salud mental en cuanto a tus quehaceres como profesional de la salud mental en esta institución?

P2: ...en un principio es muy joven la ley los cambios significativos han sido el consentimiento informado, antes si el paciente tenía criterio de internación se quedaba acá y punto no había lugar a discusión, eso por un lado no que ahora es un dialogo y cuando el paciente tiene criterio bueno es complicado si no quiere ingresar, pasa mucho con las adicciones que vienen porque están muy arriba o los trae la familia pero no hay conciencia de enfermedad y como profesional sabes que si sale va a volver o simplemente va a seguir perdido. Pero eso también responsabiliza al paciente... ya no somos un depósito de decisiones nosotros, acá el respónsale de su destino es el paciente y las ganas que tenga de llevar una vida saludable.

Pasante: Ósea que tus practicas se modificaron en función de que ya no sos la tutora, por así decirlo del paciente.

P2: Y si, el paciente ahora tiene responsabilidad en su enfermedad en como la lleva, pero la verdad es que la mayoría de los pacientes ni saben cuál es la legislación vigente ni la anterior, pero si están sumergidos en un paradigma de la locura como el de antaño y en consecuencia actúan así. Con esto te quiero decir que lo que uno hace en la guardia a veces es muy automático, vos viste hay guardias en las que no podemos parar ni a comer ni a dormir y si los pacientes siguen como antes uno a veces cae en el vicio de viejas prácticas porque la ley es muy linda pero si no se hace la implementación material que se necesita para que se lleve a cabo terminas en una encrucijada con una exigencia laboral muy grande. Por un lado, que tenes que responder como indica a ley y en eso es todo inventiva te digo, acá es creatividad y ganas porque estamos en el limbo, por otro lado, la eficiencia tenes que ser rápida atender todos los casos todos los pacientes, hacer las historias clínicas pasar los informes y encima de todo eso tenes que posicionar al paciente, a la familia del paciente. No se puede todo todo el tiempo. Como hacemos desde acá uno intenta siempre en pos de la salud de la prevención pero como hago si el paciente está solo, no se puede te acordas del ingreso de la semana pasada de M un F22 el esta para ir a su casa ya, pero no le dan el alta porque si lo sacan ahora seguro en tres días lo

tenemos acá y no porque internado sea divino sino porque está solo, es funcional inteligente pero nade se quiere relacionar de verdad con alguien que tiene una enfermedad mental, lamentablemente es así... ahora ya de apoco cambian las cosas pero es imposible a veces que la persona siga con su vida y la soledad los hace pelota y no por su enfermedad sino porque lo discriminan y nosotros terminamos siendo un soporte indispensable para ellos, pero eso es iatrogénico porque nunca hay un corte me entiendes... y ahí se quedan y ahí estamos nosotros lidiando con un problema social y cultural más que psicopatológico... esto lamentablemente yo por lo menos lo veo en la institución y acá también... cambia por ahí como te manejas con la institución en...nos manejamos diferente que acá pero también tiene que ver con que es público y hay más una red de proyectos, se trabaja diferente aunque las demandas de los pacientes son similares...

Pasante: ¿Y en las situaciones de crisis y/o urgencia?

P2: Y no mucho la verdad, vos viste como es cuando un paciente está en crisis tenes que ser rápida, contener tratar de darle un soporte... lo más difícil es cuando vienen de afuera y con la familia que no colabora y estallan ellos también, pero yo no veo una modificación en mis intervenciones si te puedo decir cómo te dije lo del consentimiento informado y la responsabilidad de la familia de ahí en más yo no veo un cambio.

### Entrevista N°2

Pasante: ¿Cómo fue la implementación de la ley n° 26.657 de salud mental en cuanto a tus quehaceres como profesional de la salud mental en esta institución?

E1: y la ley aspira a que la salud mental deje de ser tratada como algo ajeno a la salud desde ese punto los que trabajamos de este lado...yo lo veo como un veneficio porque eso nos va a allanar un poco el terreno acá renegamos mucho con las familias, el soporte externo es inexistente y cuando hay muy pocas veces hay un compromiso real con el paciente...y ahí estamos nosotros lidiando entre la familia, el juez, y el paciente que esta mal que se quiere ir...Vos viste como es el trabajo acá, lo mas pesado es el día día, hay muchos pacientes que están en una situación de abandono terrible tenemos que hacer malabares para conseguirles ropa pañales...

Pasante: En cuanto a tu rol ¿ves alguna modificación desde que se implementó la ley?

E1: Y no mucho la verdad... es que esto lleva mucho tiempo al principio no había tanto conocimiento por parte de los pacientes y las familias bueno ahora un poco más... nosotros siempre tratamos de que los pacientes estén mejor que esto sea un proceso de recuperación y sigan con su vida, en ese sentido no siento que haya cambiado mucho mi rol, si se nota mucho la diferencia entre un paciente nuevito a uno que ya tiene hecho un camino, son más resolutivos en cuanto a lo que quieren más demandantes no están a la espera de que uno los dirija. Aparte, sobre todo los jóvenes no ven la internación como un castigo hay muchos que sí que creen que esto es como una cárcel o como en las películas de terror... después entienden que no que es la vida real y que esta es una institución de salud una clínica, en ese sentido uno ve que aprovechan más el tiempo como un proceso de recuperación no te digo que todos pero la mayoría de los jóvenes no se sienten tan mal por estar acá muy diferente a los más grandes es todo una tragedia una derrota estar acá y tratan de ocultarlo... más de una vez me ha pasado encontrarme afuera con pacientes y se ponen nerviosos si están acompañados no te saludan o te esquivan la mirada. Y los adolescentes hayyyy... para ellos esto es como una colonia de vacaciones...

Pasante: ¿Ósea que los jóvenes son más receptivos?

E2: es más fácil trabajar con ellos por qué vas al meollo del asunto, no te ven como un carcelero es más fácil entablar así un vínculo, si obviamente no sos su amigo porque no se busca eso y somos una figura de autoridad como en toda institución hay... lo que quiero decir es que facilita el trabajo porque saben que si están acá es porque lo necesitan como cuando tenes una operación y tenes que estar internado para poder recuperarte apropiadamente y después ya vas solo, (se ríe) así le decía anoche K a B que estaba nerviosa y se quería ir y K es un nene al lado de ella...

Pasante: Y en las situaciones de crisis y/o urgencia ¿ves alguna influencia de la ley?

E1: ...nosotros cumplimos una función de apoyo más que nada sobre todo si el paciente está muy excitado...lo que no es una situación cómoda obviamente, pero a veces es la única manera bueno vos has estado la sujeción y los calmantes a veces son la única opción. La verdad yo no veo muchos cambios...

Pasante: Y en relación a tus labores como profesional de la salud mental dentro de la clínica ¿Como fueron tus primeras experiencias en situaciones de crisis y/o urgencia?

E1: ¡huy que pregunta! (se ríe) y mira al principio yo era muy jovencito, tenía 25 años y era la primera vez que trabaja en un neuropsiquiátrico, fue muy fuerte. Lo que pasa es que, en la

carrera, en salud mental es muy poco lo que te dan y no te preparan para vivir situaciones tan, bueno vos sabes cómo es acá.

Pasante: ¿Y qué pensas que es lo más impactante?

E1: el dolor, es terrible el abandono. Ahora por suerte no se ve tanto como antes, por lo menos acá. Antes la mayoría de los pacientes no recibían visitas, la familia los dejaban acá y se olvidaban. Y ahí esta uno todo el día con ellos poniendo la cara, viéndolos llorar y te digo que muchos no estaban tan mal y acá se desmejoraron un montón porque están solos y se dan cuenta de que nadie los quiere.

Pasante: ¿y por qué pensas que están tan solos?

E1: y bueno no es lo mismo tener diabetes que tener esquizofrenia o una depresión, la familia se cansa y cuando quedan internados es como un respiro para ellos. Aunque uno al final no sabe quién tiene que estar internado como viste la paciente G, bueno ella hace 5 meses había salido de alta re bien estaba una joyita, nosotros pensamos que no la íbamos a ver por un tiempo largo, y que paso la mamá...la familia la desestabiliza son muy problemáticos, no la ayudan con la medicación y encima le exigen que se maneje sola y es una adolescente, te da una impotencia...

Pasante: en esto que me decís que no es lo mismo una diabetes que una depresión ¿a qué te referís?

E1: Y a que a esto que al loco no se lo quiere, la mayoría de los pacientes le dicen nada más que a la familia que están acá. Y es diferente, cuando trabajas en un hospital siempre están los parientes y es más libre nose, la gente no tiene tanto miedo o no le da tanto escozor.

Pasante: ¿Vos decís que la gente tiene miedo?

E1: Y si, cuándo vos le decís a alguien que trabajas en un neuro te miran como si laburaras con algo raro, piensan que los pacientes son agresivos que están todo el tiempo alucinando, como si la vida real fuera como las películas y la verdad es de que no es así es complicado sí, pero terminas renegando más con las familias que con los pacientes...Es que el neuro es un lugar muy especial no es lo mismo que trabajar en un dispensario o en un geriátrico, el neuro es un hogar y una cárcel para muchos y mira que aca es hermoso tenes gimnasio patio sala de juegos siempre está todo limpio y en condiciones, muy diferente a otros que están venidos abajo nosotros estamos permanentemente para los pacientes asique están siempre atendidos... pero

bueno desde ese lado es un trabajo más reglado, más organizado que en instituciones públicas por lo menos en mi experiencia.

Pasante: volviendo a tus primeras experiencias en situaciones de urgencia que me puedes contar.

E1: al principio fue difícil, esto que te digo que no es lo mismo trabajar en un hospital a un neuropsiquiátrico, cuando recién empezar hasta que te acostumbras a ver a los pacientes, a los días difíciles a las noches... me acuerdo que una vez a la noche teníamos un paciente que estaba mal, de concretar, ahí entendí como es realmente una depresión...era la primera vez que yo me quedaba de noche, el tipo me pedía por favor que lo dejara solo ... después empezó con una lapicera a lastimarse las muñecas que tenía vendadas, esa mañana le habían hecho unos puntos por que se había cortado en la casa. lo tuvimos que poner con sujeción sino imposible que no se lastimara ...y vos le veías los ojos el dolor de ese hombre y no por las muñecas...eso es lo difícil que nadie te enseña a cómo hacer con el dolor mental, lo físico lo paras, pero la cabeza no para nunca y trabajar todo el tiempo con personas que están con patologías mentales es difícil, hasta que te acostumbras...y entiendes que es una enfermedad, que la mayoría son crónicas que no puedes relajarte y pensar que es de capricho de inmaduro sino que el paciente está en una lucha constante y cuando llegan acá es porque están cansados, porque la enfermedad les va ganando o por esto que te decía, el apoyo externo es básico y la mayoría no lo tiene... Es muy complicado, todo es más difícil.

### Entrevista N°3

Pasante: ¿Cómo fue la implementación de la ley n° 26.657 de salud mental en cuanto a tus prácticas como profesional de la salud mental en esta institución?

P3: Es reconfortable saber que las enfermedades mentales y las adicciones se están corriendo del lugar de estigmatización y marginación que siempre tuvieron, los pacientes ante todo son personas que sufren pero la sociedad los ve como si fueran otra cosa, cualquier cosa menos personas siempre fue así y eso porque a la locura se asocia lo extraño y en torno a lo extraño se forma una neblina densa y toxica que nos impide vernos en los procesos de salud y enfermedad como individuos complejos y enteros... las enfermedades mentales quedan relegadas al miedo y a la condena social. Y en ese terreno trabajamos nosotros como podemos y con lo que tenemos, la ley es un avance para nuestra sociedad, pero del dicho al hecho... y

nos falta mucho. Por eso es que no veo una gran modificación en mis prácticas en el sentido de que cuando uno trabaja con vocación y sobre todo respeto el espíritu de la ley ya está en el desempeño de tu trabajo.

Pasante: ¿Y en las situaciones de urgencia?

P3: es un tema complicado hemos compartido varias guardias, el problema es que nos toman como administrativo falta personal. Muchas veces cuando un paciente no está bien que es lo normal y los periodos de internación se extienden tenes que mandar un informe y eso es en base a los registros y las historias clínicas que nosotros hacemos todos los días. Cuando estas de guardia estas en una dinámica de correteo porque casi siempre es una urgencia, no podés hacer esperar al paciente. El hecho de ocupar tu tiempo en escribir y registrar todo cada paciente te lleva a noches sin dormir, guardias sin dormir y eso afecta tu trabajo porque son 24 horas seguidas en la que tenes que mantener un rol y te fatigas, tu atención no está al 100% y eso pasa por que nuestras exigencias como profesionales que trabajamos en un neuropsiquiátrico han aumentado, a aumentado nuestra supervisión de cómo hacemos nuestro trabajo lo que es maravilloso, pero es un inconveniente para nuestro trabajo cuando no hay un soporte material y recursos humanos que cubran el trabajo extra que deviene de las nuevas disposiciones legales ...esto pasa mucho en los neuros por que en el consultorio tus horarios los manejas vos y el trabajo es un proceso que lleva con el paciente no una atención inmediata, aunque te digo que también nose, varia como haces tu trabajo en el ... funciona diferente a acá, es que es un instituto provincial publico cambia mucho el contexto del paciente... hay una dinámica diferente eso seria.

Pasante: ¿Una dinámica diferente?

P3: Y si pasa que bueno ahora cuando te recibas te vas a dar cuenta, cuando vos trabajas de manera particular lo haces bajo tu encuadre, que quiere decir eso que vos no tenes que ayornarte a una modalidad como acá que es un lugar que ya tiene establecido como te tenes que manejar y como en cualquier otro lugar en el que trabajes en relación de dependencia, por ahí en los institutos privados eso se palapa más nose por decirte en el ... no te dan un celular para que agilices la comunicación y cuestiones administrativas en la atención por guardia los ingresos... aparte que bueno hay nose como te explico un ambiente diferente, ni bueno ni malo diferente..

Pasante: ¿Vos decís que esta diferencia marca una forma de hacer diferente cuando estas con los pacientes?

P3: Inevitablemente e influye, uno sigue un procedimiento y la atención siempre está enfocada a las necesidades del usuario, pero eso no quiere decir que no tengas como te decía en un principio tener que cumplir con lo que te plante la institución, (...) por que en definitiva vos estas trabajando también para ellos ¿me entiendes?

#### Entrevista N°4

Pasante: ¿Cómo fue la implementación de la ley n° 26.657 de salud mental en cuanto a tus quehaceres como profesional de la salud mental en esta institución?

P1: yo hace 20 años que trabajo en salud mental y 8 en neuropsiquiátricos, y la diferencia es muy poca porque es muy joven la ley y muy ambiciosa también...considero que no contamos con la infraestructura y la educación para que sea posible su implementación total... si te puedo decir que es un gran avance para todos dejar de victimizar y de penar al diferente para entender que las enfermedades mentales son solo eso una enfermedad que todos podemos tener, eso ayuda mucho porque si el paciente no esta ocupado en su estigmatización se ocupa mas de recuperarse de crecer. Eso es lo que yo rescato de la ley asi como no castiga también da derechos y con eso responsabilidades, en la guardia si un paciente no se quiere internar no lo hace y ya esta es su responsabilidad o de la familia no nuestra, dejamos de actuar como sancionadores para hacer lo que realmente estamos esperando trabajar con el otro, pero si el paciente no quiere no tenes que andar con esa carga en tu cabeza esa es su decisión y su responsabilidad.

Pasante: ¿Y en las situaciones de crisis y/o urgencia?

P1: y yo acuerdo con algunos aspectos y otros no personalmente, el equipo interdisciplinario es un requerimiento que apenas se puede cumplir y junto a eso vos viste en muchos casos los pacientes no se animan a hablar si hay más de dos personas es mucha exposición para ellos sobre que llegan en crisis eso a veces no ayuda sino al contrario pero bueno es lo que yo veo... hace tanto tiempo que trabajo haciendo guardias que muchas veces estas como en automático, no por falta de interés sino que te desgastas este es un trabajo muy demandante y el tiempo es algo que no abunda entre consulta y consulta tratas de hacer lo mejor para todos para el que estas atendiendo el que está esperando afuera y el que está en el internado ahí están los enfermeros que son una parte indispensable en este trabajo, pero los clínicos no están capacitados para trabajar con pacientes psiquiátricos y ahí tenes que estar cuidando todo el

proceso de atención y a vos también porque hay pacientes que llegan muy sacados y representan un posible peligro como xmasculino ayer esta dote y quería romper todo pegarle a todo el mundo...a fines prácticos creo que falta mucho para que realmente se cumpla la legislación vigente hay que invertir mucho en educación, en redes fortalecer las redes de contención para que las internaciones sean un último paso y no dejen a los pacientes incapacitados socialmente...

Entrevista realizada a una usuaria interna de la clínica monovalente Saint Michel.

### Entrevista N°1

Pasante: ¿Es la primera vez que estas internada en una clínica monovalente?

S: En un loquero sí, (...) si no haces lo que ellos quieren te rompen las bolas todo el día no te dejan en paz (...) yo me interne voluntariamente porque mi casa es un quilombo, hace mucho que sufro ataques de pánico y este último tiempo... no quiero que mi hija me vea así... vine a tomarme un respiro, a ver si puedo componerme un poco, estar tranquila...y acá... a medias podes descansar están todo el tiempo sobre uno, no me voy por qué no estoy... pero apenas este mejor pido el alta, aparte extraño mucho a mi hija, pero por eso también estoy acá soportando todo esto para estar mejor para ella...

Pasante: Entonces ¿cómo te sentís estando internada aquí?

S: Mal- suspira- así como ves mal... sabes que pasa yo vine buscando un lugar en donde pueda estar mal sin tener que andar disimulando, soy mama soltera, tengo dos trabajos en los dos soy encargada... no puedo darme el lujo de estar mal, tengo que cumplir y ser excelente, porque de eso depende mi vida y la de mi hija... y... donde yo me muevo la imagen es fundamental...

Pasante: Entonces este mal estar se debe a que...

S: Y si son muchas cosas, pero no se se me complica todo a veces nose como hacer con tantas responsabilidades, no sabes lo que extraño mi hija (llora)...es difícil estar acá es que no entiendo por qué tanta insistencia con hacer todas las actividades que encima tenes que hablar con los demás como si nada a mí no me gusta andar ventilando mis cosas para eso vine acá para



tener más intimidad para ver como arreglo mi situación... no te explican bien nada, nadie me dijo que iba a ser así, si me dijeron que había un montón de cosas para hacer, esta bueno el gim...todas estas cosas, pero no que las tenía que hacer sí o sí...estoy tan cansada...